UMIT private universität für gesundheitswissenschaften, medizinische informatik und technik
university for health sciences, medical informatics and technology

Triangulative Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation mit dem Schwerpunkt „Pflegeanamnese“

Institut für Informationssysteme des Gesundheitswesens
der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften
Medizinische Informatik und Technik

Magisterarbeit
zur Erlangung des Titels
„Magistra der Pflegewissenschaft“

Betreuerin
Univ.-Prof. Dr. Elske Ammenwerth

vorgelegt von
Margareta Jukic-Puntigam MAS

Hall in Tirol, Juni 2008

Betreuerbestätigung

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Abschlussarbeit betreut zu haben, und ich befürworte damit die Abgabe der von mir insgesamt positiv benoteten Arbeit.

……...

Datum und Unterschrift des Betreuers

……...

(Name des Betreuers in Blockbuchstaben)

Annahme durch das Studienmanagement

am: ……..

von: …….....

ABSTRACT

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine Teilanalyse der bestehenden rechnergestützten Pflegedokumentation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien durchgeführt, die sich auf genannte Problembereiche in der Anwendung des Dokumentationssystems von Seiten der Leitungsebene stützt.

Ziel der Studie war es, die Erfüllung der formalen Rahmenbedingungen der Pflegeanamnese und einige Hintergründe des Dokumentationsverhaltens von Diplompflegepersonen näher zu beleuchten sowie Verbesserungsvorschläge für die zukünftige Dokumentationspraxis zu präsentieren.

Folgende Analysedimensionen stehen im Zentrum der vorliegenden Studie:

- Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese
- Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese
- Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese
- Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser
- Aktualisierung der Pflegeanamnese

Die methodenübergreifende Triangulation verbindet eine quantitative Untersuchung der Analysedimensionen in Form einer empirischen Dokumentenanalyse der Pflegeanamnese mit einer qualitativen, ergänzenden Untersuchung, die in Form von problemzentrierten, halbstrukturierten Gruppeninterviews mit Experten anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt wurde.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zeigen, dass weder die gesetzliche Forderung zur Dokumentation der Pflegeanamnese noch die Dokumentation im vorgegebenen Zeitrahmen der hausinternen Regelung zu 100% erfüllt werden.

Der erstmalig von der Pflegedirektion im Rahmen der vorliegenden Studie festgelegte Soll-Wert hinsichtlich Verfasser der dokumentierten Pflegeanamnese zeigt mit den Ist-Werten aus dem konservativen Fachbereich eine hohe Übereinstimmung, während im operativen Fachbereich eine gravierende Divergenz vorliegt. Der Dokumentationsform „Kurzinformation“ wird sowohl von den dokumentierenden Diplompflegepersonen als auch den Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eindeutig der Vorzug gegeben. Wie die Untersuchung weiters zeigt, findet nur in rund einem Drittel der Pflegedokumentationen eine Aktualisierung der Pflegeanamnese statt.

Die qualitative Studie in Form von Gruppeninterviews zeigt folgende Ergebnisse:

Als Gründe für das Abweichen von der formellen Regelung des Hauses betreffend den Zeitpunkt der zu dokumentierenden Pflegeanamnese werden z.B. Übernahmepatienten

von anderen Stationen, eine nicht erhebbare Fremdanamnese bzw. Zeit- und Personalmangel genannt. Erkennbar ist der Wunsch nach einer Verkürzung des Zeitrahmens für das Anamnesegespräch von zwei Tagen auf einen Tag.
Gründe für das Abweichen des Soll-Wertes der dokumentierten Pflegeanamnesen durch Schüler werden Urlaub, Krankenstände und die Zuteilung von Schülern mit der Kompetenz der selbständigen Durchführung der Pflegeanamnesen angegeben. Die Sicherung der erforderlichen Rahmenbedingungen für die praktische Schüleranleitung und –begleitung wird betont und gleichzeitig angeregt, den Soll-Wert als „Richtwert" zu sehen.
Für den Einsatz der „Kurzinformation" werden Gründe wie z.B. ein rascher Überblick sowie deren effiziente Handhabung angeführt. Andererseits werden die positiven Auswirkungen der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells" auf den diagnostischen Prozess erkannt und hervorgehoben. Aus diesem Grund wird eine sinnvolle Verknüpfung beider Dokumentationsformen angedacht.
Zahlreiche Optimierungsvorschläge am Softwareprodukt könnten die Anwendung des Dokumentationssystems userfreundlicher gestalten.
Die vorliegenden Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit, Fortbildungen bzw. Workshops für Pflegepersonen anzubieten, um das Pflegepersonal für eine Auseinandersetzung mit dem hohen Stellenwert der Pflegeanamnese sowie mit dem im Pflegeleitbild verankerten Pflegemodell nach N. Roper et al. zu gewinnen. Umfassende und kontinuierliche Schulungen im Bereich des Pflegeprozesses und in der Anwendung der rechnergestützten Pflegedokumentation könnten derartige Bemühungen unterstützen. Ebenso könnte die Herausgabe eines Benutzerhandbuches zur Qualitätssicherung und –verbesserung in der EDV-gestützten Pflegedokumentation beitragen.

Schlüsselwörter:
rechnergestützte Pflegedokumentation, Pflegeanamnese, Pflegeassessment, Analyse

As part of this work was a partial analysis of the existing computerized maintenance documentation at the Hospital of Mercy Brothers Vienna carried out in identified problem areas in the application of the documentation system from the management level.

The aim of the study was to illuminate, if the formal framework of the nursing assessment instrument is fulfilled and to get some background information about the documentation behaviour of registered nurses and to present improvement proposals for further documentation practice.

The following analysis dimensions are the centre of this study:

- Documentation of collected data of the nursing assessment
- Time of the documentation of the nursing assessment
- Qualification of the author of the documented assessment
- Choice of documentation form of the nursing assessment by the author
- Update of the nursing assessment

The methodological overlapping triangulation combines a quantitative study of the analysis dimensions in the form of an empirical analysis of the documents of the nursing assessment with a qualitative, complementary investigation, in the form of problem centred, half structured group interviews carried out by experts using an interview guide.

The results of the quantitative analysis show, that neither the statutory requirement to maintain documentation of a nursing assessment nor the documentation in the house internal policy of a specified time-frame is a 100% fulfilled.

The initial named nominal-value in the present study defined by the Nursing Directorate with respect to the author of the nursing assessment instrument shows the actual values from the conservative department of a high match, while the operational department shows a serious divergence.

The documentation form "Short information" is clearly preferred by the registered nurses as well as the student nurses in health care. The investigation also shows that only in about one third of the nursing documentation an update of the nursing assessments is carried out.

The qualitative study in the form of group interviews show the following results:

The reasons for the deviation from the formal policy of the house on the date of the documented nursing assessment, for example are transferred patients from other wards, a non evident foreign assessment or time and staff shortages. Clearly, the desire to shorten the time frame for the nursing assessment interview from two days to only one day is given.

As reasons for the deviation of the nominal value of documented nursing assessments by the students will be mentioned leave, sick days and the assignment of students with the

competence of self-implementation of nursing assessments. Securing the necessary environment for the practical guidance and monitoring of the students is stressed and it is suggested that the nominal value has been seen as a "benchmark".
For the use of "short information" are reasons such as a quick overview as well as its efficient handling mentioned. On the other hand, the positive impact of the “nursing assessment on the basis of the care model" to the diagnostic process is recognized and highlighted. For this reason, it is meaningful thought about linking the two forms of documentation together.
Numerous proposals on optimization of the software product could create the documentation system friendlier for its users.
These results show the need for training packs and workshops for the caregivers in order to convince nurses through confrontation with the high value of the nursing assessment as well as with the nursing principles enshrined the care model of N. Roper et al. Comprehensive and continuous training in the care process and in the application of computerized care documentation could support such efforts. Equally, the issuance of a user manual could promote quality assurance and – improvement in the computer-based care documentation.

Key words:
computer-based care documentation, nursing assessment and anamnesis, analysis

VORWORT

Ich bin Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder und als langjährige Mitarbeiterin sehe ich mich mit der Unternehmensphilosophie und den Grundsätzen des Ordensgründers Johannes von Gott verbunden.
Johannes von Gott ist der Patron der Krankenpflege und war Vorreiter in vielen Belangen, die in der heutigen Zeit noch Gültigkeit haben.
Schon im 16. Jh. galt für ihn der Grundsatz: *„…. für die in seinem Hospital Ankommenden den ersten Tag besonders zu gestalten“* (Dynamik mit Stil, 2002).
Durch das Anamnesegespräch und die gezielten Informationen bauen wir Pflegepersonen eine Beziehung auf und schaffen so eine Basis des Vertrauens. In dieser gelebten Hospitalität spürt der Ankommende, dass er ein willkommener Gast ist (Dynamik mit Stil, 2002).
Es ist mir Anliegen und Auftrag zugleich, Multiplikator in der Umsetzung und Verbreitung der Unternehmensphilosophie gepaart mit den pflegewissenschaftlichen Inhalten für die Praxis zu sein.

An der Entstehung dieser Diplomarbeit waren direkt und indirekt viele Menschen beteiligt. Ich bedanke mich an dieser Stelle recht herzlich bei:

- Frau Univ.-Prof. Dr. Elske Ammenwerth für ihre Offenheit diesem Thema gegenüber sowie für ihre Begleitung und Unterstützung bei dieser Arbeit
- meinem Arbeitgeber, dem Orden der Barmherzigen Brüder, für die Ermöglichung meines Studiums
- meinem Mann und meiner Familie, dass sie immer für mich da waren

Es tut gut, wenn man zur richtigen Zeit von Menschen umgeben ist, die einem in menschlicher, organisatorischer und informativer Weise zur Seite stehen. Ihnen möchte ich meinen Dank aussprechen und sie – weil jede einzelne Hilfe sehr wertvoll war – in alphabetischer Reihenfolge namentlich erwähnen:

- allen Diplompflegepersonen für die Interviews
- Frau Elisabeth Bouterwek
- Frau Therese Lutnik MMSc, Pflegedirektorin
- Herrn Ing. Mag. Günther Musikar
- Frau Sabrina Schmid
- Herrn Mag. Alfred Steininger
- Frau Dir. Maria Wachtler, Pflegecontrolling
- Frau Mag. Barbara Zinka, Schuldirektorin

Forschung bedeutet zu sehen, was jeder sieht,
und zu denken, was noch niemand gedacht hat.
(Albert Szent-Gyorgy)

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch:
Auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichen für weibliche und männliche Personen wird verzichtet, um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu wahren. Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind stets beide Geschlechter gemeint.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 1
1.1 Gegenstand und Motivation 1
1.2 Problemstellung 5
1.3 Zielsetzung 8
1.4 Gliederung der Arbeit 9
2 Die PFLEGEANAMNESE und deren DOKUMENTATION am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 10
2.1 Die Pflegeanamnese – der erste Schritt im Pflegeprozess 10
2.1.1 Begriffsklärungen und Definitionen 10
2.1.2 Ziele der Pflegeanamnese 13
2.1.3 Pflegeassessmentformen und Bezugsrahmen 13
2.2 Die Dokumentation in Nursing Care Solution – N.Ca.Sol.® 15
3 THEORIE und METHODIK 23
3.1 Literaturrecherche 23
3.2 Ziel der Studie 24
3.3 Studiendesign 25
3.4 Quantitative Studie (Schritte 1 – 6) 31
3.4.1 Schritt 1: Erhebungsinstrument – Erhebungsbogen 32
3.4.2 Schritt 2: Population/Grundgesamtheit 35
3.4.3 Schritt 3: Pretest 37
3.4.4 Schritt 4: Datenerhebung aus rechnergestützten Pflegeanamnesen 38
3.4.5 Schritt 5: Aufbereitung der Daten 39
3.4.6 Schritt 6: Statistische Auswertung 39
3.5 Triangulation – Die Entscheidung (Schritt 7) 40
3.6 Qualitative Studie (Schritte 8-13) 43
3.6.1 Schritt 8: Erhebungsinstrument – Interviewleitfaden 44
3.6.2 Schritt 9: Stichprobenbildung 50
3.6.3 Schritt 10: Pilotphase mit Leitfadenerprobung 54
3.6.4 Schritt 11: Erhebungsverfahren – Problemzentriertes Gruppeninterview 58
3.6.5 Schritt 12: Aufbereitung – Zusammenfassendes Protokoll 58
3.6.6 Schritt 13: Auswertung – Reduktive Datenanalyse 60
3.7 Zur Güte der Studie 64
3.8 Ethische Überlegungen 66

4 DARSTELLUNG und BESCHREIBUNG der ERGEBNISSE 67
4.1 Forschungsfrage 1 68
4.2 Forschungsfrage 2 69
4.3 Forschungsfrage 3 70
4.4 Forschungsfrage 4 73
4.5 Forschungsfrage 5 75
4.6 Forschungsfrage 6 79
4.7 Forschungsfrage 7 81
4.8 Forschungsfrage 8 84
5 DISKUSSION 87
5.1 Diskussion der Methodik 87
5.1.1 Triangulation 87
5.1.2 Quantitative Studie 88
5.1.3 Qualitative Studie 89
5.2 Diskussion der Ergebnisse 90
5.2.1 Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese 91
5.2.2 Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese 92
5.2.3 Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese 96
5.2.4 Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser 100
5.2.5 Aktualisierung der Pflegeanamnese 107
5.3 Repräsentativität der Ergebnisse 112
6 AUSBLICK 113
7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS 117
8 LITERATURVERZEICHNIS 120
9 ANHANG 125

1 EINLEITUNG

Im ersten Kapitel erfolgt eine Einführung in das Thema der Arbeit mit einer anschließenden Begründung für die Relevanz des Themas und dessen Problemfelder im jeweiligen Arbeitsbereich (Gegenstand und Motivation). In den weiteren Kapiteln werden die Problemstellung sowie die Zielsetzung thematisiert und abschließend wird der Aufbau der Arbeit kurz abgehandelt.

1.1 Gegenstand und Motivation

In Österreich sind die Pflegedokumentation und der Pflegeprozess im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 1997, §§ 5 und 14) sowie im Österreichischen Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG 2002, § 10 (1)) geregelt.
Damit ist erstmals für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe die Dokumentationspflicht normiert, die für alle Formen der Berufsausübung, sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich, gilt (Schwamberger, 2006).
Seit Inkrafttreten des GuKG von 1997 ist die „Dokumentation“ im pflegerischen Alltag ein viel diskutierter Begriff und verlangt gerade deswegen nach einer genauen begrifflichen Abgrenzung und somit nach einer exakten Definition. In der Brockhaus-Enzyklopädie wird der Begriff „Dokumentation“ wie folgt definiert: *„[….] für die Fachinformation wesentliche Tätigkeit, die das systemat. Sammeln und Auswählen, das formale Erfassen, inhaltl. Auswerten und Speichern von Dokumenten umfaßt, um sie zum Zweck der gezielten Information rasch und treffsicher auffinden zu können“* (Brockhaus-Enzyklopädie, 1988, S. 586).
In dieser Form hat laut Streckel (2000) die Dokumentation im Wesentlichen drei Funktionen: Sie ist Arbeitsmittel und Gedächtnisstütze; weiters sorgt die Dokumentation in einem System für die Informationen und die Kommunikation und verbessert diese und schließlich dient sie der Beweissicherung.
Die Dokumentation im Sinne des GuKG (1997) wird vorwiegend als Pflegeprozessdokumentation verstanden, also als Niederschrift aller Stufen des Pflegeprozesses.
Ammenwerth et al. (2003) beschreiben den Pflegeprozess als eine systematische und dynamische Methode in der Pflege, als einen kontinuierlichen Prozess, der bei der Aufnahme beginnt und bei der Entlassung endet.
In der Literatur wird der Pflegeprozess in seinen Bestandteilen unterschiedlich beschrieben, wobei er in jeder Version aus den grundlegenden Schritten: Informationssammlung/Einschätzung, Problem- und Ressourcenformulierung (Pflegediagnosen), Planung, Umsetzung und Bewertung der Pflege, besteht.

Als Instrument zur Dokumentation des Pflegeprozesses hat die Pflegedokumentation für die Autoren Mahler et al. (2002) folgende Bedeutung: Zum einen wird die Pflegedokumentation zur Qualitätssicherung eingesetzt. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass die Pflegedokumentation alleine nur eine bedingte Aussagekraft über die Pflegequalität geben kann; so wird die Qualität der Pflegedokumentation als Teilqualität der gesamten Pflegequalität angesehen. Im Weiteren dient die Pflegedokumentation als Professionalisierungsinstrument, um die eigenständigen pflegerischen Handlungen gegenüber anderen Berufsgruppen darzustellen und abzugrenzen. Mit diesem Aspekt verleiht die Pflegeprozessdokumentation durch ihren analytischen Charakter der Pflege mehr Transparenz und kann somit die Eigenständigkeit pflegerischer Handlungen besser nachweisen. Und schließlich gewinnt die Pflegeprozessdokumentation zunehmend an Bedeutung für die Leistungserfassung von pflegerischen Handlungen und zur Kostenerfassung in den Krankenhäusern und bei Krankenkassen. Zudem dient die Dokumentation von pflegerischen Leistungen als Grundlage für die Pflegepersonalregelung (PPR) und ist somit ein wichtiger Indikator für die Stellenbeschreibung.

Bereits seit vielen Jahren basieren die konventionellen, formularbasierten Pflegedokumentationssysteme auf den Phasen des Pflegeprozesses.

Betrachtet man jedoch die gegenwärtigen Forderungen, die an die Pflegedokumentation gestellt werden, so soll sie die Qualitätssicherung unterstützen und eine ganzheitlichere Patientenversorgung gewährleisten, was letztlich nur über eine ganzheitliche klinische Dokumentation möglich ist. Diese Anforderungen können jedoch nur mit einer rechnergestützten Pflegedokumentation effizient erfüllt werden.

Begleitend zur umfassenden Einführung von Krankenhausinformationssystemen (KIS) beginnen sich daher immer mehr Krankenhäuser mit Informationstechnologie-(IT)-gestützter Pflegedokumentation zu befassen; dabei werden eine Erhöhung der Qualität der Dokumentation und eine Verminderung des zeitlichen Aufwandes in der Dokumentation durch Pflegepersonen angestrebt. Weitere Vorteile sollte die IT hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit sowie der Lesbarkeit der Pflegedokumentationen und der Verfügbarkeit der Patientendaten an den einzelnen Arbeitsplätzen bringen. Ebenso sollen durch eine IT-gestützte Pflegedokumentation die verbesserten Auswertungsmöglichkeiten das Pflegemanagement zeitnah mit Daten versorgen sowie die Pflegewissenschaft und -forschung unterstützen (Schaubmayr, 2004a).

In der Literatur wird vielfach beschrieben, dass die Verfahren und Systeme zur Dokumentation, Prozessplanung und –gestaltung derzeit zum Teil unausgereift und uneinheitlich sind. Zwar existieren viel versprechende Projekte zur Verbesserung der Situation, doch es

wird noch einige Zeit dauern, bis ein flächendeckender und standardisierter Einsatz von Dokumentationssystemen im Gesundheits- und Sozialwesen sichergestellt ist. Unter anderem besteht noch Entwicklungsbedarf hinsichtlich der EDV-technischen Nutzung der Pflegedokumentation (ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2006).
Im ersten Österreichischen Pflegebericht (ÖBIG, 2006) wird u.a. zu diesem Thema eine Erhebung präsentiert mit dem Ergebnis, dass die elektronische Dokumentation insgesamt weit weniger verbreitet ist als die Dokumentation auf Papier. In Krankenhäusern und in Alten-/Pflegeheimen werden nach Angaben der befragten Führungskräfte nur rund 19 % der Fälle ausschließlich elektronisch dokumentiert.
Laut HIMSS-Umfrage nutzen in den USA im Jahr 2003 auch lediglich 19% der Krankenhäuser die elektronischen Patientenakte (Schaubmayr, 2004b).

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien entschied sich nach einer erfolgreichen Testphase des Softwareproduktes „N.Ca.Sol.® – Nursing Care Solution“ der Health Information Technologie (H.I.T.), die EDV-gestützte Pflegedokumentation mit der ersten Jahreshälfte 2002 auf allen Stationen zu implementieren. Damit wurde in der Pflegedokumentation dieser Einrichtung ein epochaler Schritt gesetzt. Die bislang konventionelle Pflegedokumentation wurde mittlerweile in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs von der rechnergestützten Pflegedokumentation abgelöst. Das Krankenhaus in Wien wählte für die Systemeinführung als Einführungsstrategie das „Organisationsspezifische Stufenkonzept“, das von einer kompletten Inbetriebnahme aller Module (Pflegedokumentationssystem) und einer stufen- bzw. schrittweisen Inbetriebnahme in den einzelnen Abteilungen gekennzeichnet ist (Ammenwerth und Haux, 2005).
Mit Hilfe des Projektmanagements wurde jede einzelne Station entsprechend ihrer Größe mit Laptops und einem Funknetz ausgestattet, um geeignete Rahmenbedingungen für eine mobile Datenerfassung zu schaffen. Gleichzeitig wurden die Mitarbeiter für ihr jeweiliges Aufgabengebiet entsprechend geschult und mit den wichtigsten Funktionen des Programms vertraut gemacht. Das verwendete Pflegedokumentationsprogramm ermöglicht die Abbildung aller Schritte des Pflegeprozesses; darüber hinaus bieten die eingebundenen, an NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) angelehnten Pflegediagnosen sowie die verschiedenen Zusatzprotokolle eine Datengrundlage für die Forschung in der Pflege. Die Leistungserfassung, die mit der PPR verknüpft ist und völlig autonom funktioniert, bietet dem Pflegemanagement des Hauses ein hilfreiches Werkzeug für die Personalbedarfsberechnungen.

Die zunehmenden Bemühungen um die Einführung einer Rechnerunterstützung im Pflegebereich sowie bereits implementierte EDV-gestützte Pflegedokumentationssysteme führen zu der Forderung, die Auswirkungen dieser Systeme auf die pflegerische Tätigkeit, die Qualität der Pflege und die pflegerische Entscheidungsfindung messen und bewerten zu können.

Nach einer fünfjährigen Laufzeit der rechnergestützten Pflegedokumentation im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ist es dem Pflegecontrolling der Barmherzigen Brüder Österreichs sowie den Verantwortlichen im Pflegedienst Anliegen und Auftrag zugleich, eine Evaluation der Dokumentation vorzunehmen. In gemeinsamen Fachgesprächen kristallisierten sich einzelne Problembereiche in der Anwendung des N.Ca.Sol.® heraus, die sich in der Krankenhauseinschau zum Teil als Mängel in der bestehenden Pflegedokumentation widerspiegeln. Als Beispiel ist die (Nicht-)Erfüllung der formellen und informellen Rahmenbedingungen zu erwähnen; das Kapitel der Problemstellung gibt dazu nähere Ausführungen.

Steininger (2007) führte bereits eine quantitative und qualitative Dokumentenanalyse von sechzig rechnergestützten Pflegedokumentationen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien durch.

Die Autorin möchte im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine weitere Teilanalyse der bestehenden rechnergestützten Pflegedokumentation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien vornehmen und den Fokus auf „die Pflegeanamnese/das Pflegeassessment“ legen.

Die Pflegeanamnese/das Pflegeassessment ist der erste und wichtigste Schritt im Pflegeprozess und dient dazu, den Grundstein für eine exzellente klinische Praxis zu legen. Alle nachfolgenden Schritte des Pflegeprozesses, sowie die Qualität der Pflege insgesamt, hängen wesentlich von der Güte der Situationseinschätzung ab (Brobst et al., 2007).

Nach Ausführungen der Autoren Alfaro-LeFevre (2006, Carpenito-Moyet, 2006, Giddens & Wison, 2001 zit. aus Just, 2006, S. 20) *„ist ein zweckmäßiges, zielgerichtetes, relevantes, systematisches, umfassendes und in standardisierter Weise dokumentiertes Assessment für eine genaue Diagnosestellung und die sich daraus ableitenden weiteren Pflegeprozessschritte unerlässlich“.*

Gegenstand und Motivation dieser Arbeit ist es also, mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Erhebungsinstrumenten die Dokumentationspraxis der erhobenen Pflegeanamnesen systematisch und aussagekräftig zu analysieren. Dadurch sollen dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien Stärken sowie Schwachstellen und die damit verbundenen Verbesserungspotentiale aufgezeigt werden.

1.2 Problemstellung

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien verwendet seit 2002 das rechnergestützte Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® zur Abbildung aller Schritte des Pflegeprozesses; damit soll der gesetzlichen Normierung verbunden mit dem professionellen Anspruch in der Gesundheits- und Krankenpflege Rechnung getragen werden.
Für die Autorin ergeben sich folgende Problemfelder:

P 1: Es liegt keine Datenbestandsanalyse des rechnergestützten Pflegedokumentationssystems vor, die aufzeigt, ob eine dokumentierte Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen vorhanden ist.
Die Berufspflicht zur Pflegedokumentation ist im GuKG (1997) detailliert geregelt; gemäß § 5 (2) hat die Dokumentation insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten (Schwamberger, 2006); damit ist festgeschrieben, dass bei allen Patienten eine dokumentierte Pflegeanamnese vorzuliegen hat.
Eine stichprobenartige quantitative Auswertung in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs im Jahr 2005 (in Auftrag gegeben durch das Pflegecontrolling) ergab unter anderem, dass die gesetzliche Forderung, bezogen auf die zu dokumentierenden Pflegeanamnesen, nicht zu 100% erfüllt worden ist.

P 2: Es ist nicht bekannt, ob die Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen innerhalb von zwei Tagen nach deren Aufnahme erhoben wird.
Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst gemäß GuKG (1997), § 14 (2) Z. 1 die Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten bzw. Klienten sowie die Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Schwamberger, 2006).
Die Frage, wann das Pflegeanamnesegespräch durchgeführt werden soll, wird in der Literatur wie in der Praxis unterschiedlich beantwortet. Gehäuft trifft man auf die Forderung, dass es noch am Aufnahmetag geführt werden muss (Leoni-Scheiber, 2004). Grundsätzlich ist der Zeitpunkt des Pflegeanamnesegespräches individuell auf den Patienten und auf die Situation abzustimmen. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ist mittels hausinterner Regelung festgelegt, dass die Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme eines Patienten zu erheben ist.

P 3: Es liegt keine quantitative Erfassung vor, in welchem prozentuellen Ausmaß die Pflegeanamnese von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erhoben wird.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege regelt im GuKG (1997), § 14 (2) Z. 11 die Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung (Schwamberger, 2006). Dies legt den Schluss nahe, dass Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege primär die Autoren der Pflegeanamnese zu sein haben. In der Funktion der Anleitung und Begleitung der Schüler durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege können Tätigkeiten – und darunter fällt z.B. auch das Erheben einer Pflegeanamnese – delegiert werden, sofern diese im unmittelbaren Zusammenhang mit der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege stehen und zur Erreichung der Ausbildungsziele erforderlich sind (Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung (GuK-AV), 1998, § 19(5)). Die Anleitung und Begleitung der Schüler verlangt von den Fachkräften in der Praxis viel Zeit, großes Engagement und ein hohes Verantwortungsbewusstsein; hierfür sind entsprechende Rahmenbedingungen notwendig.

Im Rahmen eines Vorgespräches der Autorin mit der Direktion des Pflegedienstes wurde für das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ein für die Praxis zu akzeptierendes und von den Zeitressourcen realistisches Verhältnis festgelegt, welches besagt, dass 70% der zu erhebenden Pflegeanamnesen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zu erfolgen haben und max. 30% durch Schüler. Nur bei einem solchen Ausmaß kann der pädagogische Auftrag durch die Fachkräfte in der Anleitung und Begleitung der Schüler fachkompetent vertreten und effektiv erfüllt werden.

P 4: Es liegt keine quantitative Ist-Analyse über die gewählte Art der Datenaufnahme vor.

Auf der Grundlage des adaptierten Softwareproduktes N.Ca.Sol.® im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien besteht die Möglichkeit der Datenaufnahme im Rahmen der Pflegeanamnese auf zwei unterschiedliche Arten: Zum einen kann die Datenerhebung in Form einer „Kurzinformation“ im Sinne eines Kurzdatensatzes erfolgen und zum anderen besteht die Möglichkeit, die „Pflegeanamnese auf der Basis eines im Softwareprogramm hinterlegten Pflegemodells“ zu erstellen.

Die so genannte „Kurzinformation“, die nur über einen Kurzdatensatz verfügt, wurde im Rahmen der Implementierung des Softwareprogramms von der betriebseigenen EDV-

Abteilung entwickelt und diente als Einstiegshilfe und Arbeitserleichterung für die Anwender der neuen Dokumentationsform. Diese Kurzinformation besteht heute noch.
Die von der Herstellerfirma entwickelte Version zur EDV-gestützten Dokumentation der Pflegeanamnese bietet dem Pflegepersonal die Möglichkeit, die Pflegeanamnese auf der Basis eines von vier hinterlegten Pflegemodellen zu erheben. Auf der Grundlage des hauseigenen Pflegeleitbildes wird ausschließlich das Pflegemodell nach N. Roper et al. verwendet. Diese Form der Datenerfassung ist bereits mit den an NANDA angelehnten Pflegediagnosen verknüpft und bietet somit eine Grundlage für den diagnostischen Prozess.
Eine Verknüpfung der Kurzinformation mit den hinterlegten, an NANDA angelehnten Pflegediagnosen besteht jedoch nicht.
Schon seit längerem gibt es Bestrebungen, die Pflegedokumentation zu formalisieren und ihre Inhalte zu kategorisieren. Just (2006) spricht von einem „Bezugsrahmen“, der die im elektronischen Assessment gesammelten Daten strukturiert; dazu werden Beispiele pflegerischer Klassifikationssysteme oder auch Pflegemodelle von ihr genannt.
Nach jahrelangem Routinebetrieb mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® blieb jedoch der automatische Umstieg von der Kurzinformation auf eine Pflegeanamnese mit zugrunde liegendem Pflegemodell durch die Diplompflegepersonen aus. Ein gezielter Einsatz der beiden Dokumentationsformen bzw. die bewusste Entscheidung für eine Variante lässt sich ebenfalls nicht erkennen.

P 5: Der jeweiligen Pflegedokumentation ist nicht zu entnehmen, ob eine Aktualisierung der Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt.
Die Analyse der sechzig Pflegedokumentationen von Steininger (2007) zeigte, dass die Pflegeanamnesen zu 100% während des Krankenhausaufenthaltes nicht adaptiert worden sind.
Wie Brobst et al. (2007) aufzeigen, ist das Assessment ein fortlaufender Prozess, der bei der ersten Begegnung mit dem Patienten beginnt und sich über die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes erstreckt.
Da die Notwendigkeit zur Aktualisierung der Pflegeanamnese jederzeit besteht und die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien im Jahr 2006 im Durchschnitt 5,29 Pflegetage (Daten aus der Verwaltung) betragen hat, wurden in der Auswertung der Pflegedokumentationen hinsichtlich einer Aktualisierung der Pflegeanamnese Patienten ab dem dritten Pflegetag sowohl im operativen als auch im konservativen Fachbereich herangezogen.

1.3 Zielsetzung

Aus den oben angeführten Problemstellungen lassen sich folgende Ziele ableiten:

Zu P 1

Z 1: Ziel ist es, eine Ist-Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation durchzuführen, um festzustellen, ob der erste Schritt des Pflegeprozesses – die Pflegeanamnese – in dokumentierter Form für alle stationären Patienten der Normalpflegestationen (Vollerhebung – siehe Kapitel 3) vorliegt.

Zu P 2

Z 2: Ziel ist es, den Zeitpunkt der erhobenen Pflegeanamnesen bei allen stationären Patienten der Normalpflegestationen zu ermitteln.

Z 3: Ziel ist es, wenn die Anforderung – Erhebung der Pflegeanamnese zu 100 % innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten – in der Dokumentationspraxis nicht erfüllt wurde, mittels mündlicher Befragung der Diplompflegepersonen die Gründe für dieses abweichende Dokumentationsverhalten zu eruieren.

Zu P 3

Z 4: Ziel ist es, die dokumentierten Pflegeanamnesen dahingehend zu analysieren, wer die Verfasser der Pflegeanamnesen waren und zu welchen Anteilen die Pflegeanamnese von den in Frage kommenden Personen (Diplompflegepersonen oder Schüler) erhoben wurde.

Z 5: Ziel ist es, bei Abweichen der Analysewerte – Verhältnis 70% DGKP : 30% Schüler, Fragen in problemzentrierten Interviews an die Diplompflegepersonen zu richten, um ihre Einstellungen zum Sachverhalt zu erfahren.

Zu P 4

Z 6: Ziel ist es, eine Ist-Analyse durchzuführen, welche Form der Datenerhebung – „Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ – von der DGKP bzw. dem Schüler gewählt wurde.

Z 7: Ziel ist es, die Überlegungen und Meinungen des Diplompflegepersonals zur gewählten Form der Datenerhebung im Rahmen von problemzentrierten Interviews zu ermitteln.

Zu P 5

Z 8: Ziel ist es, über eine quantitative Auswertung der elektronisch dokumentierten Pflegeanamnesen festzustellen, ob eine Aktualisierung der erhobenen Daten nach der Ersteinschätzung der Patienten stattgefunden hat.

Kein Ziel ist es, durch die Dokumentenanalyse Rückschlüsse auf die Pflegequalität zu ziehen, da ausschließlich formale Kriterien der Pflegeanamnese untersucht werden.

1.4 Gliederung der Arbeit

Nach Einführung in die Arbeit schließt ein theoretischer Teil mit Grundlagen zur Pflegeanamnese und im Speziellen zur Dokumentation im EDV-gestützten Pflegedokumentationssystem Nursing Care Solution – N.Ca.Sol.® – am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien an, der als Hintergrundinformation bezüglich der Nachvollziehbarkeit der Arbeit von Wichtigkeit ist und zur Erfüllung der Ziele unerlässlich scheint.
In Kapitel 3 werden die ausgewählten Methoden – Dokumentenanalyse und problemzentrierte Gruppeninterviews – für die geplante Studie vorgestellt sowie die Vorgehensplanung im Detail behandelt, um die Zielerreichung der Arbeit nachvollziehbar zu machen.
In Kapitel 4 werden dann die gewonnenen Daten und Ergebnisse aus der quantitativen und qualitativen Studie zusammengefasst, dargestellt und beschrieben.
Im daran anschließenden Kapitel 5 – der Diskussion – kommt die Autorin auf die Ziele bzw. die Forschungsfragen zurück. Die Zielsetzungen werden überprüft und hinterfragt und einzelne Aspekte der Arbeit vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Literatur kritisch diskutiert.
Im letzten Kapitel – dem Ausblick – werden Überlegungen für zukünftige Schritte angestellt und Visionen angesprochen.

2 Die PFLEGEANAMNESE und deren DOKUMENTATION am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Im zweiten Kapitel erfolgt eine kurze Einführung in die Grundlagen der Pflegeanamnese mit Begriffsklärungen und Definitionen, Zielen und Assessmentformen sowie mögliche Bezugsrahmen für die Pflegeanamnese bzw. das Pflegeassessment. Im daran anschließenden Kapitel wird das am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien eingesetzte EDV-gestützte Pflegeplanungs- und Pflegedokumentationssystem – Nursing Care Solution – N.Ca.Sol.® – mit dem Schwerpunkt der Dokumentation der Pflegeanamnese näher vorgestellt.

2.1 Die Pflegeanamnese – der erste Schritt im Pflegeprozess

Das Pflegeprozessmodell ist ein begründetes und systematisches Verfahren und beschreibt, wie Pflegepersonen zu ihrer Einschätzung des Patienten sowie den daraus abgeleiteten Pflegehandlungen gelangen und die Wirksamkeit dieser Pflegeinterventionen evaluieren können. Daraus leitet sich ab, dass durch den Pflegeprozess nicht die pflegerischen Inhalte, sondern die pflegerischen Handlungsabläufe in strukturierter Form festgelegt werden, wobei zu beachten ist, dass die Pflegeprozessschritte dynamisch und flexibel sind und sich oft überschneiden. Je nach theoretischem Hintergrund wird der Pflegeprozess als individueller Problemlösungs- und/oder Beziehungsprozess in zahlreicher Fachliteratur beschrieben (Fiechter und Meier 1981, Krohwinkel 1991, Brobst 1997 zit. aus Fafflock et al., 2003). Die Terminologie in Bezug auf die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses ist nicht einheitlich; bekannt sind 4-, 5- und 6-schrittige Modelle.

2.1.1 Begriffsklärungen und Definitionen

Der erste Schritt des Pflegeprozesses wird mit den unterschiedlichsten Begriffen bekleidet wie Anamnese, Assessment, Informationssammlung, Erstgespräch etc.

Der Begriff „Anamnese“ stammt aus dem Griechisch-Lateinischen, bedeutet „Erinnerung“ und wird im medizinischen Kontext als Vorgeschichte einer Krankheit nach Angaben des Kranken gesehen (Duden, 2001). In Fachkreisen wird zwischen ärztlicher Anamnese und pflegerischer Anamnese klar differenziert.

Die „Pflegeanamnese“ als Fachbegriff ist im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des GuKG (1997) fest verankert und wird in § 14(2) Z 1 näher erläutert (Kapitel 1.2). Weiss-Faßbinder/Lust (2006) ergänzen aus der Regierungsvorlage, dass die Sammlung von Informationen in der Pflegeanamnese die Personalien, Diagnosen und Therapien sowie

die entsprechenden Verordnungen, den körperlichen Zustand, individuelle Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit zur Mitarbeit umfassen.

Ein Blick in die internationale Literatur zeigt, dass das „Assessment" als der erste Schritt im Pflegeprozess verstanden wird. „Assessment" bedeutet allgemein übersetzt soviel wie „abschätzen, beurteilen, einschätzen". Die ersten Nennungen des Begriffes „Assessment" im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess gehen auf Yura und Walsh zurück. Das von ihnen beschriebene 4-Schritt-Modell diente der Weltgesundheitsorganisation als Vorlage für die Festschreibung des Pflegeprozesses als integraler Bestandteil der pflegerischen Arbeit (Isfort und Weidner, 2001).

Nach Stefan et al. (2006) umfasst der Begriff Assessment *„[….] neben der Erhebung messbarer Daten, der Vorgeschichte und der Befindlichkeit des Patienten, auch das Erfassen der Deutung und Bedeutung der Situation aus der Sicht des Patienten"* (Stefan et al., 2006, S. 52).

Das 5-schrittige Modell findet sich im Handbuch der Pflegediagnosen von Gordon (1994). Hier wird der Begriff Assessment für eine umfangreiche Datensammlung verwendet, die den Beginn des Pflegediagnoseprozesses darstellt. Bei Gordon gibt das Assessment geordnete Kriterien (funktionelle gesundheitsorientierte Verhaltensmuster) im Sinne einer systematischen Klassifikation vor, an denen sich die Pflegepersonen orientieren können (Fafflock et al., 2003). Mit diesem strukturierten Assessmentsystem verfügen die Pflegepersonen über einen systematischen Ansatz für die Sammlung, Strukturierung sowie die Dokumentation der Daten des Patienten; damit steht ein wichtiges Hilfsmittel zur Erkennung signifikanter Befunde und zur Identifizierung diagnostischer Kennzeichen zur Verfügung (Collier et al.; 1998).

Im 6-Schritt-Modell nach Fiechter und Meier (1993) wird der erste Pflegeprozessschritt in „Informationssammlung" und „Erkennen von Problemen und Ressourcen" unterteilt.

Ziel dieses Prozessmodells ist es, über ein induktives Verfahren einen individuellen Pflegeplan zu erstellen. Von den Pflegepersonen werden über verschiedene Quellen Informationen gesammelt sowie individuelle Probleme und Ressourcen benannt, zu denen zielgerichtet die Pflegeplanung erfolgt.

Entscheidend ist, dass im Gegensatz zum 5-schrittigen Modell im 6-schrittigen Prozessmodell *„[….] keine normierten Erhebungsverfahren oder anerkannte und verbindliche Problembeschreibungen zugrunde* [liegen]*"* (Isfort und Weidner, 2001, S. 23).

Ein weiterer Begriff, der im Zusammenhang mit der Anamnese verwendet wird, ist der des „Erstgespräches". Stefan et al. (2006) führen dazu an, dass das Verständnis von einer

erstmaligen Kontaktaufnahme bis zu einem umfassenden Assessmentgespräch reichen kann, wobei es keine festgelegte Begriffsbedeutung gibt.
In der kritischen Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten lässt sich zusammenfassend festhalten, dass dem Begriff „Assessment" gegenüber dem der „Anamnese" der Vorzug zu geben ist, mit dem Hinweis, dass das Assessment die Anamnese als wichtigen Bestandteil eines umfassenden Assessmentkonzepts mit einschließt. Während die Anamnese lediglich die „pflegerische Vorgeschichte" eines Patienten erfasst (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004 (Hrsg.) zit. aus Just 2006), erhält die Pflegeperson im Assessment ein Gesamtbild von einem Patienten und dessen Bezugsperson(en) (Alfaro-LeFevre, 2006, Sauter et al., 2004 (Hrsg) zit. aus Just 2006).

Nach der Definition von Käppeli (2000) beinhaltet die Pflegeanamnese *„[….] alle Informationen, die eine Pflegeperson von einem/über einen Patienten erhält bezüglich seinem bisherigen Gesundheitsverlauf, seiner diesbezüglichen Befindlichkeit und seinem diesbezüglichen ‚Funktionieren' "* (Käppeli, 2000, S. 13).
Lt. Brobst et al. (2007) ist das Pflegeassessment das allgemeine Beobachten, das Befragen (Pflegeanamnese) und das körperliche Untersuchen des Patienten. Dabei werden subjektive und objektive Daten über das Gesundheitsproblem des Patienten gesammelt, analysiert sowie Ressourcen und Fähigkeiten eingeschätzt. Die Durchsicht sämtlicher Unterlagen (z.B. ärztliche Einweisung, Transferierungsbericht) ist dabei genauso wichtig, um alle pflegerelevanten Daten zu erfassen, die dazu beitragen, die individuellen Pflegebedürfnisse des Patienten einzuschätzen.
Die Pflegeanamnese dient aber nicht nur zur Information *über* den Patienten, sondern auch gleichzeitig als Information *für* den Patienten, wie z.B. organisatorische und pflegebezogene Belange.
Stefan et al. (2006) merken dazu an, dass das Assessment mehr ist als nur die Erhebung von Daten und Fakten; es wird der Grundstein für die Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegeperson gelegt. *„Wie vollständig und richtig die erhobenen Daten sind, wird in erster Linie davon abhängen, wie gut der Beziehungsaufbau gelingt, d.h. wie viel Kommunikationskompetenz die Pflegerperson hat"* (Leoni-Scheiber, 2004, S. 29). Die Partizipation (Einbeziehung) und das Empowerment (aktive Beteiligung, Mitentscheidung) des Patienten und seiner Vertrauenspersonen sind die obersten Prämissen im Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patienten im Rahmen des Pflegeanamnesegespräches.

2.1.2 Ziele der Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese ist von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise der Reaktion des Menschen auf Krankheit/Kranksein, Verletzungen, Behinderungen und Lebensereignisse gekennzeichnet und verfolgt nach Brobst et al. (2007) nachstehende Ziele:

- *„die gesundheitliche Versorgung und Pflege zu planen,*
- *einzuschätzen wie sich eine Krankheit oder das Kranksein auf den Patienten und seine Familie auswirkt*
- *den Lernbedarf eines Patienten zu bewerten und einzuschätzen welche Information, Schulung, Anleitung und Beratung der Patient benötigt*
- *dem Entlassungsbedarf des Patienten einzuschätzen und die Entlassungsplanung vorzubereiten“* (Brobst et al., 2007, S. 34).

Die Pflegeanamnese ist ein entscheidender Schritt im Pflegeprozess, weil die Qualität der Aufnahmedaten mitbestimmt, wie erfolgreich die daraus abgeleiteten Schritte des Pflegeprozesses sein werden. Wesentlich dabei anzumerken ist, dass die Einschätzung des Patienten ein kontinuierlicher Prozess ist und sich über den gesamten Krankenhausaufenthalt erstreckt.

2.1.3 Pflegeassessmentformen und Bezugsrahmen

In der Literatur werden verschiedene Assessmentformen bzw. -typen erwähnt, mit deren Hilfe die Pflegeperson zu Beginn oder im Laufe des Krankenhausaufenthaltes Daten über den Patienten sammeln kann. Nach Collier et al. (1998) ist die Wahl der Assessmentform abhängig vom Zustand des Patienten, von der zur Verfügung stehenden Zeit, vom Zweck der Begegnung, von der wahrscheinlichen Dauer des Kontaktes sowie von den Fachkenntnissen der Pflegeperson.

Die für die vorliegende Arbeit relevanten Assessmentformen – Basisassessment und fortlaufendes Assessment – werden in einem kurzen Abriss vorgestellt.

Basisassessment

Unter einem Basisassessment versteht man ein umfassendes, detailliertes pflegerisches Assessment, das beim Erstkontakt mit dem Patienten innerhalb einer vorgegebenen Zeit stattfindet (Just 2006). In der Literatur werden die Begriffe: Initialassessment, Screeningassessment, Erst-Assessment, Ersteinschätzung, Umfassendes Assessment, pflegespezifische Datensammlung oder auch Baselineassessment synonym verwendet. Das Basisassessment ist die umfangreichste Form der Einschätzung, die eine Pflegeperson bei einem Patienten durchführen kann. Es beinhaltet die Erstellung einer vollständigen Pflegeanamnese, eine gründliche körperliche Untersuchung sowie eine Beobachtung des

Patienten, um alle wichtigen Aspekte des Gesundheitszustandes zu erfassen (Gordon und Bartholomeyczik, 2001). Inhaltlich muss es so angelegt sein, dass es als Entscheidungsgrundlage dazu dienen kann, in welchen Bereichen eventuell ein Fokusassessment (problemorientiertes Assessment, z.B. Schmerzerleben) notwendig ist. Weiters können innerhalb eines Basisassessments bestimmte Screeningfragen angewendet werden, die zur gezielten, themenbezogenen Einschätzung hinsichtlich des Vorhandenseins oder auch Fehlens von Problemen dienen können (Just 2006).

Die Anwendung eines pflegerischen Bezugsrahmens ist für ein systematisches Vorgehen zur Sammlung und Dokumentation der Daten sehr hilfreich. Die Themen oder Kategorien, die das Basisassessment strukturieren, können beispielsweise aus der gemeinsamen NNN-Taxonomie der Pflegepraxis stammen, die sich aus NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – NOC (Nursing Outcome Classification) – und NIC (Nursing Intervention Classification) – zusammensetzt. Die darin enthaltenen 28 Kategorien werden wahrscheinlich nicht alle innerhalb eines Assessment-Bezugsrahmens für einen Patienten relevant sein. Deswegen ist es wichtig, den Bezugsrahmen für das Assessment dem Gesundheitszustand, der Situation des Patienten und dem pflegerischen Setting entsprechend anzupassen (Kozier, 1998 zit. aus Just 2006).

Ein anderes – bereits oben erwähntes – Beispiel für einen Assessment-Bezugsrahmen stellen die von Gordon (1982) entwickelten funktionellen gesundheitsorientierten Verhaltensmuster dar.

Pflegemodelle können ebenso ein Orientierungsrahmen in der Pflegeanamnese sein. Die Pflegemodelle nach Henderson, Juchli, Krohwinkel, Roper et al. und ihre Strukturierungshilfen sind aufgrund ihrer geringen theoretischen Reichweite nur beschränkt für ein umfassendes Assessment einzusetzen, kritisiert Mischo-Kelling (Mischo-Kelling, 1989 zit. aus Brobst et al. 2007).

Fortlaufendes Assessment

Das fortlaufende oder kontinuierliche Assessment findet bei allen Patienten statt. Bei jedem Zusammentreffen mit dem Patienten (insbesondere bei allen Pflegehandlungen) werden von der Pflegeperson Daten gezielt oder auch ungeplant neu eingeschätzt. Dadurch besteht die Möglichkeit zu überprüfen, ob einerseits die Pflegeinterventionen erfolgreich waren und der Patient den erwarteten Pflegezielen näher gekommen ist und andererseits, ob die Pflegeinterventionen abgeändert, ausgedehnt oder beendet werden müssen. Durch ein kontinuierliches Assessment können auch andere Gesundheitsprobleme entdeckt werden, die während der Hospitalisation des Patienten entstanden sind (Leoni-Scheiber, 2004, Brobst et al., 2007).

Die pflegerische Beurteilung des Patienten bildet die Grundlage der Pflegepraxis und des gesamten Pflegeprozesses. Um die Ergebnisse der Pflegeanamnese richtig beurteilen zu können, bringen Potter und Becker Weilitz (2005) unmissverständlich zum Ausdruck, dass Pflegepersonen auf ihr theoretisches Wissen, ihre praktische Erfahrung, ihre pflegerische Kompetenz sowie auf pflegerische und medizinische Standards zurückgreifen müssen. *„Wer die Pflegeprobleme und den Gesundheitszustand eines Patienten kompetent beurteilen kann, trifft mit Sicherheit auch pflegerisch richtige Entscheidungen“* (Potter und Becker Weilitz, 2005, S. 3).
Die Pflegeanamnese/das Pflegeassessment zählt zu den Kernkompetenzen einer professionellen Gesundheits- und Krankenpflege und ist nach Leoni-Scheiber (2004) *„[….] das Herzstück des gesamten Pflegeprozesses, die essenzielle Grundlage für die professionelle, die methodisch geplante Pflege“* (Leoni-Scheiber, 2004, S. 29).

2.2 Die Dokumentation in Nursing Care Solution – N.Ca.Sol.®

N.Ca.Sol.® – Nursing Care Solution – ist ein EDV-gestütztes Pflegeplanungs- und Pflegedokumenationssystem, das sich auf international übliche, standardisierte Pflegediagnosen für den Pflegeprozess im europäischen Raum stützt (EuroSystems, 2006).

Der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® (von der Herstellerfirma wird dieser gesetzlich verankerte Begriff verwendet) liegt folgenden Pflegemodellen zugrunde:

- Liliane JUCHLI – die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)
- Monika KROHWINKEL – die 13 Lebensaktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)
- Majory GORDON – die 11 funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster
- Dorothea OREM – die 8 Selbstpflegeerfordernisse (SPE) und
- Nancy ROPER, Winifried W. LOGAN, Alison J. TIERNEY – die 12 Lebensaktivitäten (LA)

Auf der Basis des Pflegeleitbildes am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien – *„[….] wir kennen die wichtigsten Pflegemodelle und wenden das nach Roper an“* (Pflegeleitbild – Barmherzige Brüder Wien) – kommt ausschließlich das Pflegemodell nach N. Roper et al. im Rahmen der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® zum Einsatz; die restlichen vier hinterlegten Pflegemodelle sind derzeit für den User am Haus nicht zugänglich.
N.Ca.Sol.® hat hinsichtlich der Pflegeanamnese ein strukturiertes Dokumentationssystem, dem die 12 Lebensaktivitäten von Roper et al. zugrunde liegen.

Bei der Erhebung der Pflegeanamnese wird die Pflegeperson über vordefinierte, strukturierte Dialoge durch den gesamten Ablauf des Anamnesegespräches geführt und auf andere eventuelle Problembereiche aufmerksam gemacht (EuroSystems, 2006).
Abbildung 1 zeigt in einer Bildschirmkopie einen Auszug aus der Pflegeanamnese nach dem Pflegemodell von N. Roper et al.; zum markierten Problem erscheinen rechts am Bildschirm die dazugehörenden Hauptfragen mit hypothetischen Pflegediagnosen.

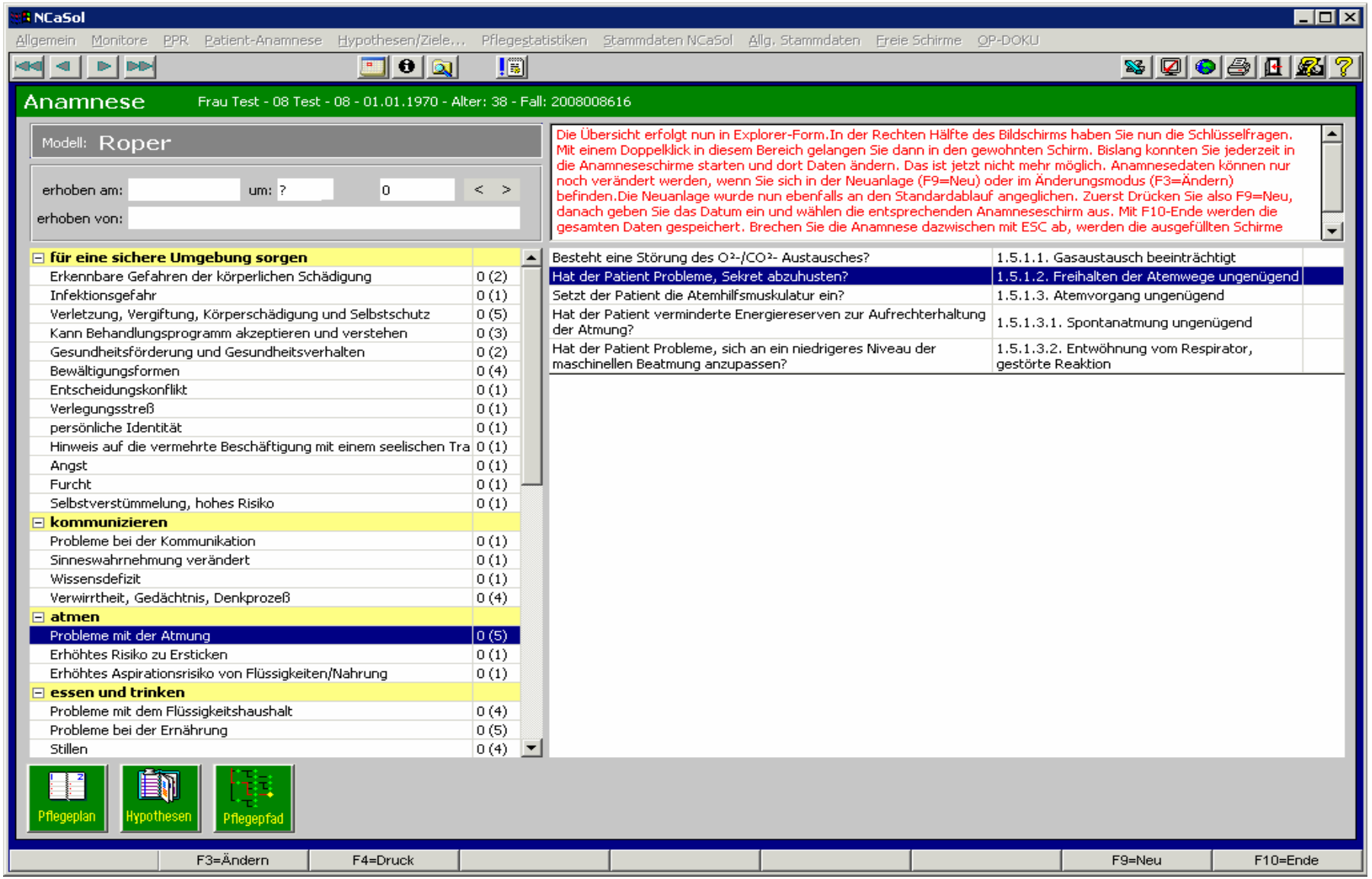
NCaSol
Allgemein Monitore PPR Patient-Anamnese Hypothesen/Ziele... Pflegestatistiken Stammdaten NCaSol Allg. Stammdaten Freie Schirme OP-DOKU
Anamnese
Frau Test - 08 Test - 08 - 01.01.1970 - Alter: 38 - Fall: 2008008616
Modell: Roper
erhoben am: um: ? 0 < >
erhoben von:
Die Übersicht erfolgt nun in Explorer-Form.In der Rechten Hälfte des Bildschirms haben Sie nun die Schlüsselfragen. Mit einem Doppelklick in diesem Bereich gelangen Sie dann in den gewohnten Schirm. Bislang konnten Sie jederzeit in die Anamneseschirme starten und dort Daten ändern. Das ist jetzt nicht mehr möglich. Anamnesedaten können nur noch verändert werden, wenn Sie sich in der Neuanlage (F9=Neu) oder im Änderungsmodus (F3=Ändern) befinden.Die Neuanlage wurde nun ebenfalls an den Standardablauf angeglichen. Zuerst Drücken Sie also F9=Neu, danach geben Sie das Datum ein und wählen die entsprechenden Anamneseschirm aus. Mit F10-Ende werden die gesamten Daten gespeichert. Brechen Sie die Anamnese dazwischen mit ESC ab, werden die ausgefüllten Schirme
für eine sichere Umgebung sorgen
Erkennbare Gefahren der körperlichen Schädigung 0 (2)
Infektionsgefahr 0 (1)
Verletzung, Vergiftung, Körperschädigung und Selbstschutz 0 (5)
Kann Behandlungsprogramm akzeptieren und verstehen 0 (3)
Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhalten 0 (2)
Bewältigungsformen 0 (4)
Entscheidungskonflikt 0 (1)
Verlegungsstreß 0 (1)
persönliche Identität 0 (1)
Hinweis auf die vermehrte Beschäftigung mit einem seelischen Tra 0 (1)
Angst 0 (1)
Furcht 0 (1)
Selbstverstümmelung, hohes Risiko 0 (1)
kommunizieren
Probleme bei der Kommunikation 0 (1)
Sinneswahrnehmung verändert 0 (1)
Wissensdefizit 0 (1)
Verwirrtheit, Gedächtnis, Denkprozeß 0 (4)
atmen
Probleme mit der Atmung 0 (5)
Erhöhtes Risiko zu Ersticken 0 (1)
Erhöhtes Aspirationsrisiko von Flüssigkeiten/Nahrung 0 (1)
essen und trinken
Probleme mit dem Flüssigkeitshaushalt 0 (4)
Probleme bei der Ernährung 0 (5)
Stillen 0 (4)
Besteht eine Störung des O²-/CO²- Austausches? 1.5.1.1. Gasaustausch beeinträchtigt
Hat der Patient Probleme, Sekret abzuhusten? 1.5.1.2. Freihalten der Atemwege ungenügend
Setzt der Patient die Atemhilfsmuskulatur ein? 1.5.1.3. Atemvorgang ungenügend
Hat der Patient verminderte Energiereserven zur Aufrechterhaltung der Atmung? 1.5.1.3.1. Spontanatmung ungenügend
Hat der Patient Probleme, sich an ein niedrigeres Niveau der maschinellen Beatmung anzupassen? 1.5.1.3.2. Entwöhnung vom Respirator, gestörte Reaktion
Pflegeplan
Hypothesen
Pflegepfad
F3=Ändern F4=Druck F9=Neu F10=Ende

Abb. 1: Bildschirmkopie der Pflegeanamnese nach dem Pflegemodell N. Roper et al. in N.Ca.Sol.®

In Abbildung 2 wird die nächsthöhere Ebene dargestellt. Dabei sind zu den oben angeführten Hauptfragen so genannte Schlüsselfragen zu beantworten um das Problem zu konkretisieren; Gewohnheiten und Ressourcen des Patienten werden mit erfasst. Dieser Vorgang soll die hypothetische Pflegediagnose bestätigen.

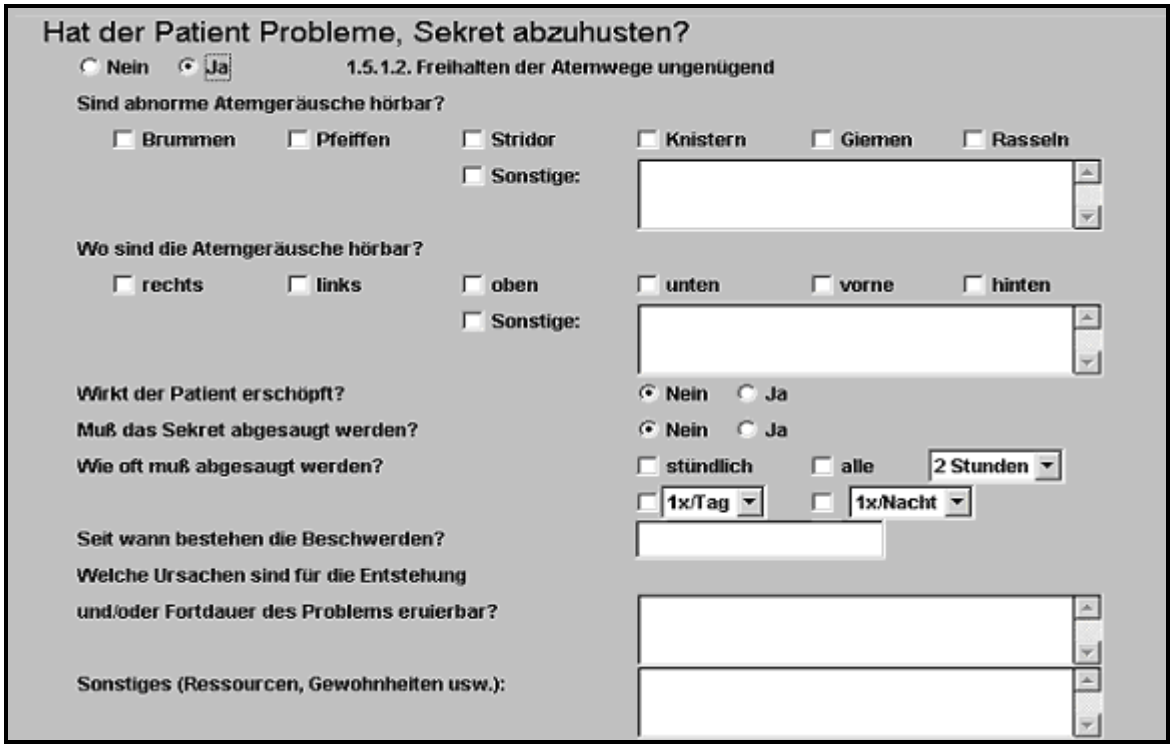

Abb. 2: Bildschirmkopie mit beispielhaften Schlüsselfragen in N.Ca.Sol.®

Der beschriebene Anamneseschirm ist – entsprechend den beantworteten Schlüsselfragen – mit den aktuellen Daten der an NANDA angelehnten Pflegediagnosen verknüpft und bildet die Grundlage für den diagnostischen Prozess in N.Ca.Sol.®

Durch eine Adaptierung des Softwareprodukts N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien wurde eine weitere Möglichkeit – die Kurzinformation – geschaffen, um die Daten des Pflegeanamnesegespräches zu dokumentieren.
Die Kurzinformation wurde zum Zeitpunkt der Implementierung des Softwareprogramms N.Ca.Sol.® von Seiten der Pflege und der betriebseigenen EDV-Abteilung entwickelt und versteht sich als „Kurzdatensatz“ im Sinne der Reduktion der Dialoge (wie oben im Rahmen der Pflegeanamnese beschrieben).
Die Kurzinformation beinhaltet vorzugsweise Daten betreffend die Aufnahme des Patienten, Daten seiner Angehörigen und Vertrauensperson; weiters können persönliche Daten

wie soziale Angaben und mitgebrachte Hilfs- und Heilmittel sowie Wertgegenstände dokumentiert werden.
In den pflegerelevanten Bereichen – Mobilität, Körperpflege, Ausscheidung, Ess- und Trinkverhalten, Atmung und Schlafverhalten – werden bei Bedarf Informationen gesammelt und dokumentiert.
Die Kurzinformation ist zum Teil offen/unstrukturiert, zum Teil geschlossen/strukturiert und bietet der Pflegeperson vorgedruckte Überschriften und Fragen mit bestimmten Antworten zum Anklicken sowie drop-down-Listen bzw. Freitextfelder an.
Die Daten der Kurzinformation sind mit den in N.Ca.Sol.® hinterlegten, an NANDA angelehnten Pflegediagnosen nicht verknüpft.
Folgende Abbildung zeigt in einer Bildschirmkopie die Inhalte der Kurzinformation.

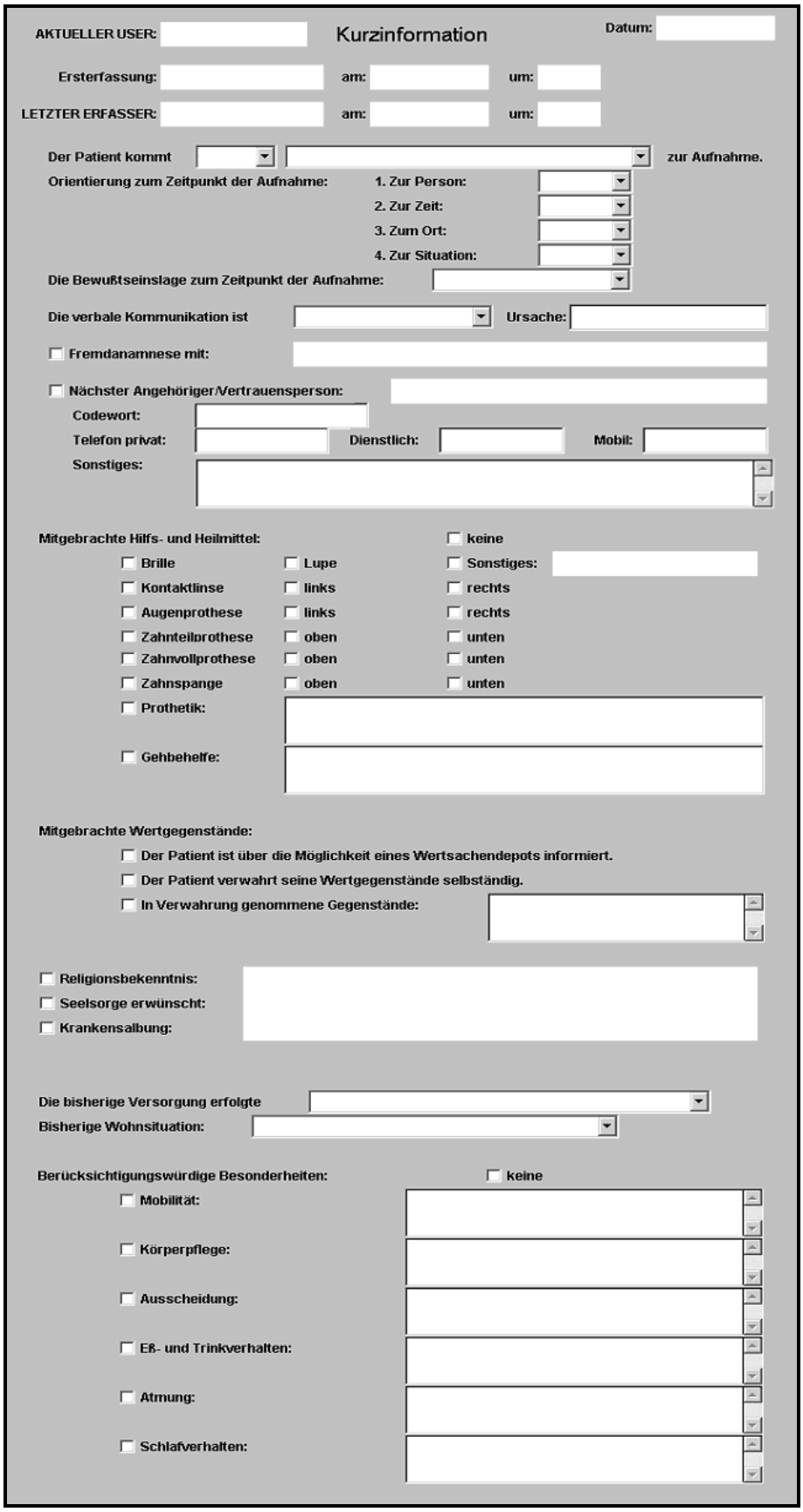

Abb. 3: Bildschirmkopie der Kurzinformation in N.Ca.Sol.®

Zusammenfassend können die zwei Arten der Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien in Abbildung 4 folgendermaßen grafisch dargestellt werden.

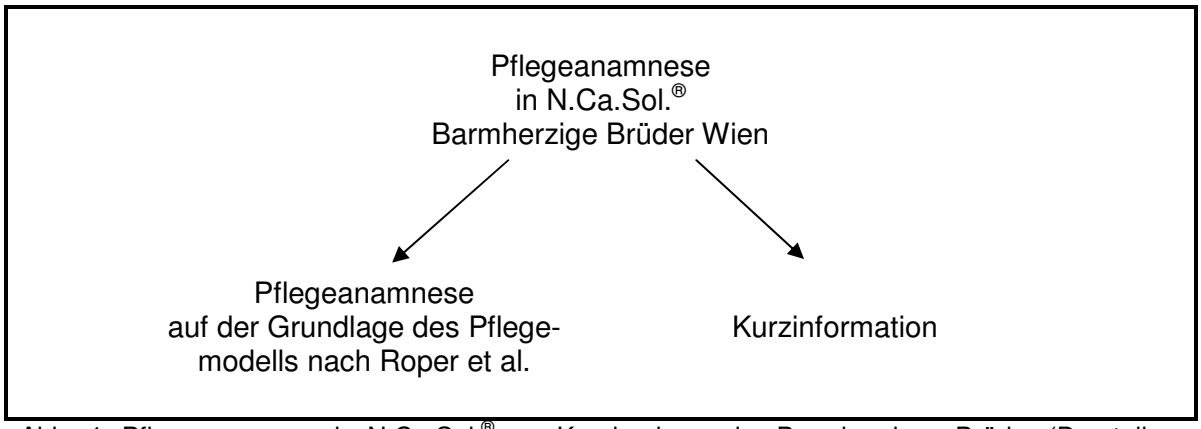

Abb. 4: Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Darstellung durch Autorin)

Auf der Startseite des N.Ca.Sol.® sind die „Pflegeanamnese“ sowie die „Kurzinformation“ direkt über die jeweiligen buttons erreichbar.

Nachdem zur aktuellen Pflegediagnose der „Pflegediagnosentitel“ feststeht, werden durch das Hinzufügen von ätiologischen Faktoren, Symptomen und Ressourcen (diese werden vom N.Ca.Sol.® System im Arbeitsbildschirm zur Auswahl angezeigt und vom User angeklickt) die individuellen Pflegediagnosen in bis zu acht Achsen definiert.

In N.Ca.Sol.® sind mit Stand 2007 in Anlehnung an die NANDA-Pflegediagnosen – Taxonomie I – insgesamt 116 Pflegediagnosen hinterlegt.
Aufbauend auf die Pflegediagnosen werden systemgestützt die passenden Pflegeziele bzw. die zu erwartenden Pflegeergebnisse in sieben Gruppen (Domains) mit bis zu 30 Klassen (Classes) unterteilt und angeboten, so dass die Pflegeperson die entsprechenden, relevanten, konkreten und überprüfbaren Ziele auswählen kann.
Als abschließender Schritt der Pflegeplanung werden aufgrund der ausgewählten Zielvorgaben systemseitig international abgestimmte Pflegemaßnahmen/-interventionen (Aktionen), die nach drei Prioritätsstufen (Priorites) gegliedert sind, angeboten oder es kommen hausspezifische Pflegeinterventionen zum Einsatz.
Grundsätzlich können in N.Ca.Sol.® auch fertige Pflegeplanungen für einzelne Teilbereiche vordefiniert und im Bedarfsfall in die aktuelle Planung der Patienten übernommen

werden. Am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder wurden zum Zweck einer effizienteren Pflegeplanung 22 „Pflegepfade“ (diese sind hauseigene, standardisierte Pflegepläne) für den operativen und konservativen Fachbereich erstellt. In der Dokumentationspraxis am Haus werden vorzugsweise Pflegepfade eingesetzt bzw. wird eine Mischung von Pflegeplanung über den Diagnoseprozess (Hypothesenschirm) und Pflegepfaden vorgenommen.

N.Ca.Sol.® gibt über definierte Symbole (z.B. rote Uhr) automatisch eine Hilfestellung für Zeitgrenzen bzw. ausstehende Evaluationen betreffend die Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen.

Gleichzeitig stellt die Pflegeplanung die Basis für den Durchführungsnachweis dar; benutzerseitig kann durch das Auswählen der erbrachten Pflegemaßnahmen aus der Pflegeplanung diese als durchgeführt dokumentiert werden. Diese Maßnahme trägt wesentlich zur automatischen Einstufung des Patienten und damit zur Leistungserfassung in der Pflege bei.
Die pflegespezifischen Informationen werden im täglichen Verlaufsbericht – Pflegebericht vom Tag bzw. von der Nacht – als einfacher Fließtext dokumentiert.

In der hauseigenen Dokumentationspraxis wird von den Pflegepersonen zur Informationssammlung beim Erstkontakt mit dem Patienten vorzugsweise die Kurzinformation angelegt, mit der Begründung, dass diese Dokumentationsform die notwendigen Aufnahmedaten sowie pflegerelevante Daten ausreichend erfasst.
Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al. wird für die Ersteinschätzung des Patienten eher zurückhaltend verwendet. Diese ausführliche Pflegeanamnese kommt in Kombination mit der Kurzinformation zur Anwendung, d.h. dass die Kurzinformation zur Gänze angelegt wird und dass in Problembereichen des Patienten gezielt Daten zu einzelnen Lebensaktivitäten erfasst werden. Ein weiterer Einsatzbereich der Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al. liegt im Rahmen der Aktualisierung der Pflegeanamnese: Zur Ersteinschätzung wählt die Pflegeperson die Kurzinformation, während im kontinuierlichen Prozess der Datensammlung (fortlaufendes Assessment) die Informationen in der ausführlichen Dokumentationsform (Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells Roper et al.) festgehalten werden.

3 THEORIE und METHODIK

In diesem Kapitel werden auf der Grundlage der Zielsetzung (Kapitel 1.3) zunächst die Literaturrecherche, das Studiendesign incl. theoretischer Grundlagen und die Vorgehensplanung präsentiert, die ausgewählten Erhebungsmethoden und Erhebungsinstrumente erläutert sowie die Durchführung und die geplante Auswertung dargestellt.
Im vorliegenden Forschungsprojekt findet sich eine Kombination der quantitativen und qualitativen Forschung im Sinne einer Triangulation. Im quantitativen Teil der Forschung werden numerische Daten aus der rechnergestützten Pflegedokumentation – mit dem Schwerpunkt der dokumentierten Pflegeanamnesen – erhoben und analysiert. Im qualitativen Teil der Forschung, der im Anschluss an die quantitative Forschung erfolgt, werden verbale bzw. nichtnumerische Daten aus der mündlichen Befragung von Diplompflegepersonen interpretativ verarbeitet.

3.1 Literaturrecherche

Ziel der Literaturstudie war es, Veröffentlichungen zum Diplomarbeitsthema in der nationalen wie auch internationalen Literatur zu identifizieren und unter dem Blickwinkel der im Kapitel 3.2 angeführten Forschungsfragen zu analysieren.
Die Literaturrecherche erstreckte sich über einen Zeitraum von April 2007 bis April 2008 und erfolgte in den Fachdatenbanken Carelit, DIP (Datenbank für wissenschaftliche Schriften in der Pflege, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung), DIMDI, EBSCO und Pubmed. Mit fachlicher Unterstützung recherchierte die Autorin in den Datenbanken Cinahl und Embase an der Medizinischen Universitätsbibliothek des Allgemeinen Krankenhauses in Wien. Des Weiteren wurden die Universitätsbibliotheken der UMIT, der Universitäten in Wien und Witten Herdecke, die Pflegebibliothek des Rudolfinerhauses sowie jene der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien genützt.
Folgende keywords kamen zum Einsatz: rechnergestützte Pflegedokumentation, EDV, Pflege, Pflegedokumentenanalyse, Evaluation, Analyse, Pflegeanamnese, Pflegeprozess, Pflegediagnostik, Pflegebedarf, Bezugsrahmen, Pflegeklassifikationssysteme, Pflegemodelle, Pflegetheorien, Pflegeinformatik, needs assessment, nursing assessment, patient admission, nursing admission, admission assessment, nursing process, automatic data processing, clinical nursing judgement, ongoing assessment, time frame, adaption, nursing records, electronic data processing in nursing, nursing documentation system, computerized nursing patient record, computer based care documentation, documentation, nursing information systems, nursing classifikation, evaluation.

Um zu den gewünschten Suchergebnissen zu gelangen, wurde mit den Schlüsselwörtern einzeln, in Kombination und mit der Verknüpfung von Operatoren gesucht.
Der Einsatz von Limits (z.B. Englisch - Deutsch, 1997-2008) in den jeweiligen Datenbanken grenzte die Suche erheblich ein.

3.2 Ziel der Studie

Die Teilanalyse einer seit fünf Jahren bestehenden rechnergestützten Pflegedokumentation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien bildet den Ausgangspunkt für die Fragestellungen der zu Grunde liegenden Studie. Auf der Basis des von den Verantwortlichen des Hauses aufgezeigten problemzentrierten Weges der EDV-gestützten Pflegedokumentation soll die vorliegende Analyse der dokumentierten rechnergestützten Pflegeanamnesen Aufschlüsse über die Erfüllung der formalen Rahmenbedingungen und über einzelne Fachkompetenzen von Diplompflegepersonen geben. Darüber hinaus sollen einige Hintergründe für das Dokumentationsverhalten von Diplompflegepersonen in Erfahrung gebracht werden.
Um einen besseren Einblick in die Entwicklung des Studiendesigns zu geben, werden auf der Grundlage der Zielsetzungen – Z 1 bis Z 8 – (Kapitel 1.3) nachstehend die Forschungsfragen formuliert, die durch die Studie beantwortet werden sollen.

Forschungsfragen

Zu Z 1

F 1: Wird der erste Schritt des Pflegeprozesses – die Pflegeanamnese – bei allen Patienten der Normalpflegestationen in der rechnergestützten Pflegedokumentation N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Zu Z 2

F 2: Liegt der Zeitpunkt der erhobenen und dokumentierten Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen innerhalb von zwei Tagen nach deren Aufnahme?

Zu Z 3

F 3: Ist den Diplompflegepersonen die formelle Regelung hinsichtlich des Zeitraumes der zu erhebenden Pflegeanamnese (innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten) bekannt und welche Gründe werden für das Abweichen von dieser Regelung genannt?

Zu Z 4

F 4: Wie viele Pflegeanamnesen wurden von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bei Patienten erhoben?

Zu Z 5

F 5: Welche Überlegungen liegen zugrunde, wenn Diplompflegepersonen mehr als 30% der zu erhebenden Pflegeanamnesen an Schüler delegieren und wie rechtfertigen/verantworten sie ihr Verhalten?

Zu Z 6

F 6: Welche Form der elektronischen Datenerhebung - „Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ - wurde von den DGKP bzw. den Schülern gewählt?

Zu Z 7

F 7: Welche Gründe geben Diplompflegepersonen für die von ihnen gewählte Dokumentationsform (Kurzinformation bzw. Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) an und wissen sie um deren Vor- und Nachteile für die gesamte Pflegeprozessdokumentation?

Zu Z 8

F 8: Ist aus der Dokumentenanalyse ersichtlich, ob die Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten – ab dem dritten Pflegetag – aktualisiert wurde?

Um die Ziele der Studie zu erreichen, entschied sich die Autorin für die Methodik der Triangulation, die von Denzin 1970 erstmals beschrieben wurde. Die Methodenkombination aus quantitativer und qualitativer Forschung wird im folgenden Kapitel zum Studiendesign verdeutlicht.

3.3 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine triangulative Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation.

Der Begriff „Triangulation“ verlangt nähere Erläuterungen, die im folgenden Abschnitt ausgeführt sind.

Werden in der Forschung bei der Untersuchung eines Phänomens mehrere Methoden, Datenquellen und Theorien eingesetzt, bezeichnet man dies prinzipiell als Triangulation. *„Dieser Terminus, der den Begriff „Dreiheit“ enthält, wurde gewählt, weil die zusätzlich eingesetzte Methode [….] im Verhältnis zur ersten Methode [….] und zum Forschungsge-*

genstand einen dritten Punkt bildet, der eine weitere Perspektive einbringt und den Blick auf den Forschungsgegenstand sozusagen um eine Dimension erweitert“ (Mayer, 2007, S. 104).

Flick (2004) beschreibt den Begriff der Triangulation als eine aus der Landvermessung entlehnte Metapher, mit der eine bestimmte sozialwissenschaftliche Forschungsmethodik oder Herangehensweise beschrieben wird. In seiner ursprünglichen Bedeutung wird mit dem Begriff die Bestimmung der Lage eines Ortes durch Messung von zwei bekannten Punkten aus bezeichnet. Im sozialwissenschaftlichen Kontext versteht man darunter eine Methode, mit der ein Untersuchungsgegenstand von mehreren, d.h. mindestens zwei Seiten aus betrachtet wird.

Erste Ansätze der Triangulation gehen auf Campbell und Fiske (1959) sowie Webb et al. (1966) zurück. Erstere entwickelten das Verfahren der Triangulation, um über Korrelationsmatrizen den Grad der Übereinstimmung und der Unterschiede verschiedener Messinstrumente zu bestimmen, die vorgaben, ein und dasselbe psychologische Konstrukt zu messen.

Breitere Aufmerksamkeit erhielt die Methode aber insbesondere durch die Arbeiten von Denzin, der – ausgehend von den Überlegungen der vorgenannten Autoren – für eine Kombination verschiedenster sozialwissenschaftlicher Methoden plädiert. Nach Denzin besitzt jede Forschungsmethode ihre spezifischen Stärken und Schwächen und vermag deshalb immer nur bestimmte Ausschnitte eines Untersuchungsgegenstandes abzubilden (Denzin, 1977). Hammersley beschreibt in diesem Zusammenhang drei Formen der Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung. Erstens versteht er die *Triangulation* beider Ansätze als die wechselseitige Überprüfung der Ergebnisse und weniger die wechselseitige Ergänzung der Erkenntnismöglichkeiten; zweitens die *Facilitation*, die die unterstützende Funktion des jeweils anderen Ansatzes betont und schließlich können beide Ansätze als *komplementäre* Forschungsstrategien kombiniert werden (Hammersley, 1996 zit. aus Flick, 2004).

Nach Meinung von LoBiondo-Wood und Haber (2005) ist die Triangulation in der qualitativen Forschung in den letzten Jahren zu einem Schlagwort geworden. Zunächst wurde sie ausschließlich als Strategie zur Absicherung der Datenexaktheit betrachtet, später sah man in ihr eine Möglichkeit, die Komplexität menschlicher Erfahrung noch eingehender zu erfassen. *„Aus dieser Perspektive kann die Triangulation als Erweiterung der Forschungsmethoden in einer oder mehreren Studien definiert werden, zu dem Zweck, Diversität zu fördern, Verständnis zu vertiefen und spezifische Ziele zu erreichen“* (LoBiondo- Wood und Haber, 2005, S. 250).

Grundsätzlich kann also die Triangulation zu unterschiedlichen Zwecken und an unterschiedlichen Stellen im Forschungsprozess eingesetzt werden.
Denzin unterscheidet dabei vier Formen der Triangulation: Bei der *Daten-Triangulation* werden Daten miteinander kombiniert, die aus verschiedenen Quellen stammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an verschiedenen Orten oder bei verschiedenen Personen erhoben wurden. Die Erhebungsmethode ändert sich dagegen nicht.
Bei der *Investigator-Triangulation* werden mehrere Beobachter, Interviewer und/oder Auswerter eingesetzt, um das Datenmaterial zu erheben und auszuwerten. Dadurch werden verschiedene Interpretationsmöglichkeiten und Perspektiven hinsichtlich des Materials sichtbar und einseitige Erklärungsmodelle vermieden. Bei den eingesetzten Personen soll es sich um Experten handeln, die mit dem Untersuchungsfeld vertraut sind.
Bei der *Theorien-Triangulation* wird der Forschungsgegenstand aus verschiedenen theoretischen Ansätzen heraus untersucht. Im Regelfall werden ausgehend von einem bestimmten theoretischen Forschungsansatz Hypothesen generiert, die anschließend anhand der erhobenen Daten überprüft werden. Allerdings werden bei einem monotheoretischen Ansatz nur solche Daten erfasst, die in das Theoriekonzept passen, während andere systematisch ausgeblendet werden. Die Untersuchung von Hypothesen aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven heraus ermöglicht es nach Denzin dagegen, die Ergebnisse stärker abzusichern und ihnen eine breitere Basis zu verschaffen.
Bei der *Methoden-Triangulation*, Denzins zentralem Konzept, werden verschiedene Forschungsmethoden miteinander kombiniert.
„Methodological triangulation, the most common type of triangulation, is frequently used in the examination of complex concepts. Complex concepts of interest in nursing include caring, hope in terminal illness, coping with chronic illness, and promotion of health" (Burns and Grove, 2005, S. 225.)
Denzin unterscheidet hier zwischen der *within-method* und der *between-method* Triangulation. Letztere zielt darauf ab, verschiedene, insbesondere quantitative und qualitative Forschungsmethoden miteinander zu kombinieren, um unterschiedliche Aspekte eines Phänomens betrachten zu können (Denzin, 1970 zit. aus Flick, 2004). Anders als im klassischen Phasenmodell der Methodenintegration, bei dem qualitative Methoden vor allem zur Hypothesengenerierung im Vorfeld von quantitativen Untersuchungen eingesetzt werden (Lazarsfeld und Barton, 1979 zit. aus Flick, 2004), werden bei dieser Form der Triangulation die eingesetzten Methoden zwar als verschieden aber dennoch als methodologisch gleichrangig betrachtet. So eröffnet die between-method Triangulation die Möglich-

keit, komplexe Forschungsfragen zu bearbeiten, die weder über ein rein quantitatives noch über ein rein qualitatives Forschungsdesign zu beantworten sind.

„Method triangulation involves the use of multiple methods of data collection about the same phenomenon.[….] Multiple data collection methods provide an opportunity to evaluate the extent to which an internally consistent picture of the phenomenon emerges" (Polit and Beck, 2004, S. 432)

Holloway und Wheeler (1997) unterscheiden prinzipiell zwei Formen der Methodentriangulation: die *methodeninterne* Triangulation und die *methodenübergreifende* Triangulation. Bei der *methodeninternen* Triangulation werden zur Beantwortung der Forschungsfrage zwei Verfahren verwendet, die beide zum gleichen – entweder zum quantitativen oder zum qualitativen – Forschungsansatz gehören. Bei der *methodenübergreifenden* Triangulation werden innerhalb ein und derselben Forschungsarbeit qualitative und quantitative Verfahren miteinander kombiniert. Morse und Field (1998) differenzieren zwischen *sequentieller und simultaner* Triangulation. Bei der sequentiellen Triangulation werden qualitative und quantitative Methoden nacheinander, bei der simultanen Triangulation werden sie gleichzeitig eingesetzt.

Kimchi et al. (1991) beschreiben neben den vier Formen von Denzin noch eine fünfte Form, die *Analyse-Triangulation*.

Mit dem Begriff der *multiplen Triangulation* meint man die Kombination von mehreren Formen der Triangulation (Kimchi, Polivka and Stevenson, 1991 zit. aus Burns and Grove, 2005).

Vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen zur Triangulation musste von Seiten der Autorin die Entscheidung für ein geeignetes Design aus quantitativer und qualitativer Forschung für die vorliegende Arbeit gefällt werden.

Die theoretische Zielsetzung der Untersuchung (Kapitel 1.3) und die Beantwortung der Forschungsfragen (Kapitel 3.2) verlangen eine Methoden-Triangulation.

Konkret handelt es sich um eine methodenübergreifende Triangulation, d.h., in der vorliegenden Forschungsarbeit kommen quantitative und qualitative Methoden zur Anwendung.

Abbildung 5 soll zunächst das Studiendesign in einer Übersicht darstellen.

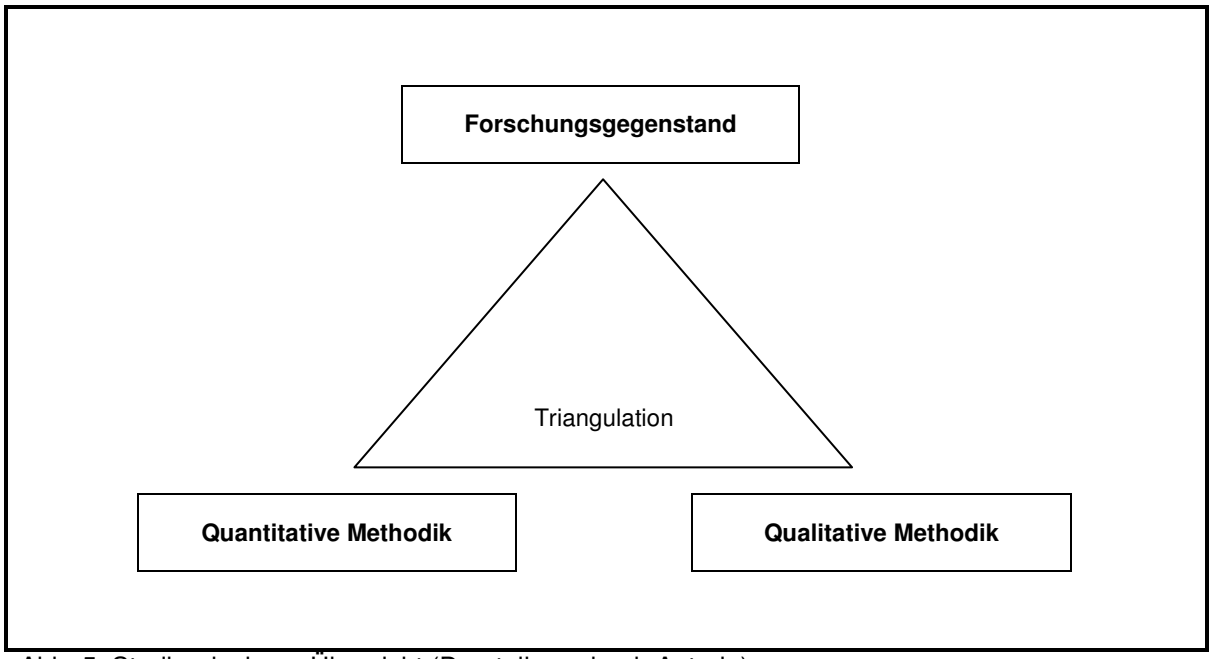

Abb. 5: Studiendesign – Übersicht (Darstellung durch Autorin)

In der ersten Phase der Untersuchung kam die quantitative Methodik zum Einsatz, bei der eine „quantitative Dokumentenanalyse“ aus dem rechnergestützten Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® durchgeführt wurde.
In der zweiten Phase der Untersuchung stand die qualitative Methodik im Vordergrund. Dabei wurde eine „qualitative Befragung“ von Diplompflegepersonen (Experten) anhand von problemzentrierten Gruppeninterviews vorgenommen.
Die Vorgehensweise anhand der oben beschriebenen Phasen macht deutlich, dass in der Studie die Methoden nacheinander (sequentiell) eingesetzt werden, was von Creswell auch als „Phasen-Design“ bezeichnet wird (Creswell, 1994 zit. aus Flick, 2004).
Abbildung 6 stellt das Studiendesign der quantitativen und qualitativen Methodik im Detail dar.

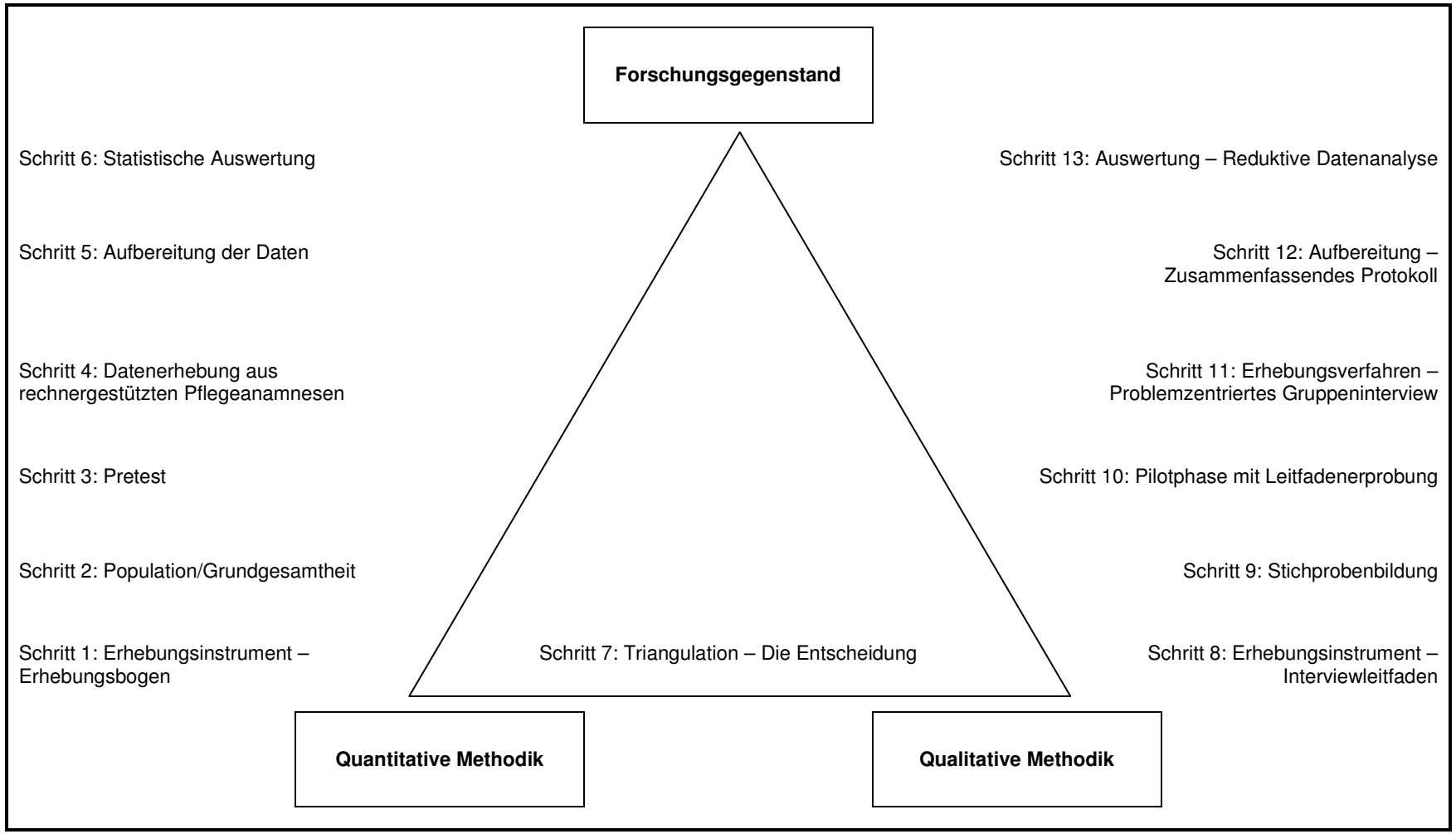
Forschungsgegenstand
Schritt 6: Statistische Auswertung
Schritt 5: Aufbereitung der Daten
Schritt 4: Datenerhebung aus rechnergestützten Pflegeanamnesen
Schritt 3: Pretest
Schritt 2: Population/Grundgesamtheit
Schritt 1: Erhebungsinstrument – Erhebungsbogen
Schritt 13: Auswertung – Reduktive Datenanalyse
Schritt 12: Aufbereitung – Zusammenfassendes Protokoll
Schritt 11: Erhebungsverfahren – Problemzentriertes Gruppeninterview
Schritt 10: Pilotphase mit Leitfadenerprobung
Schritt 9: Stichprobenbildung
Schritt 8: Erhebungsinstrument – Interviewleitfaden
Schritt 7: Triangulation – Die Entscheidung
Quantitative Methodik
Qualitative Methodik

Abb. 6: Studiendesign – Detail (Darstellung durch Autorin)

Die vorliegende Untersuchung erfolgte in mehreren Schritten. Auf der quantitativen Seite (Schritte 1-6) wurde die quantitative Dokumentenanalyse durchgeführt; auf der qualitativen Seite (Schritte 8-13) die problemzentrierten, teilstrukturierten Gruppeninterviews mit Experten. Bindeglied zwischen den beiden Verfahren ist ein Ist-Soll-Vergleich, einerseits aus den Soll-Vorgaben der Zielsetzung und andererseits aus den Ergebnissen der Dokumentenanalyse. Der Ist-Soll-Vergleich bildete somit die Entscheidungsgrundlage für die Triangulation (Schritt 7).
Durch die methodische Triangulation war es möglich, den Forschungsgegenstand aus zwei verschiedenen Perspektiven zu betrachten, einer quantitativen und einer qualitativen. In den weiteren Kapiteln werden die quantitative und qualitative Studie näher erläutert.

3.4 Quantitative Studie (Schritte 1 – 6)

Wie in Kapitel 3 eingangs erwähnt, umfasst die quantitative Studie eine retrospektiv geplante, empirische Analyse von Dokumenten aus der rechnergestützten Pflegedokumentation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Der Fokus der Dokumentenanalyse lag in der Evaluation des ersten Schrittes des Pflegeprozesses – der Pflegeanamnese.
Eine wissenschaftliche Dokumentenanalyse ist eine Untersuchung von fixierter, gespeicherter Kommunikation, in diesem Fall der Pflegedokumentation. Gegenstand der Dokumentenanalyse ist nicht die Handlung selbst, sondern die gespeicherte bzw. abgebildete Handlung. In der vorliegenden Studie wurden akzidentale Dokumente untersucht, d.h. Dokumente, die nicht eigens für Forschungszwecke, also unabhängig von der Dokumentenanalyse, hergestellt wurden (Mayer, 2007). Ammenwerth und Haux (2005) sprechen von einer Datenbestandsanalyse, die zur retrolektiven Auswertung bereits vorhandener Daten, z.B. Patientenakte, eingesetzt wird. Diese Methode zur Informationsbeschaffung dient dazu, die vorhandenen Daten auf ihren Inhalt oder ihre Struktur auszuwerten. Für die Pflegeforschung sind v.a. Pflegedokumentationen interessant, die sowohl qualitativ als auch quantitativ analysiert werden können. Die Autorin führte in einem ersten Schritt ausschließlich eine quantitative Dokumentenanalyse durch und ging Fragen nach, die die Häufigkeit bestimmter Elemente (z.B. Zeitpunkt und Autor der Erhebung) im Dokument betreffen. Gekennzeichnet ist die quantitative Dokumentenanalyse dadurch, dass sie theoriegeleitet und standardisiert ist; d.h. dass im Vorfeld bereits festgelegt ist, wonach ein Dokument abgesucht wird.

Die grundsätzlichen Anforderungen an eine Dokumentenanalyse im Rahmen der quantitativen Forschung sind eine systematische und nachvollziehbare Vorgehensweise. Dabei wird zunächst bestimmt, welche Dokumente für die Forschungsfragen von Bedeutung sind, danach werden *Analyseeinheit, Analysedimensionen* und *Analysekategorien* festgelegt.

Die *Analyseeinheit* wird durch die Gesamtheit des Materials bestimmt; dabei muss jede Analyseeinheit gleich behandelt, d.h. mit dem gleichen Erhebungsinstrument untersucht werden. Jede Einheit kann nach mehreren Dimensionen, den so genannten *Analysedimensionen*, geprüft werden. Die Auswahl der Analysedimensionen basiert auf den Forschungsfragen; so muss jede Analyseeinheit auf die gewählten Dimensionen abgefragt werden. Analysedimensionen wiederum bestehen aus *Analysekategorien* mit speziellen Items, die konkret beschreiben, wonach gesucht wird. Neben den inhaltlichen und wertenden Analysekategorien wurden in der Studie ausschließlich die formalen Kategorien bearbeitet (Mayer, 2007).

3.4.1 Schritt 1: Erhebungsinstrument – Erhebungsbogen

Anhand der vorgestellten Kriterien einer Dokumentenanalyse (Analyseeinheit, Analysedimension und Analysekategorie) werden die Grundlagen für das Erhebungsinstrument in Abbildung 7 veranschaulicht.

Analyseeinheit Grundgesamtheit der Pflegedokumentationen – im speziellen die Pflegeanamnesen der 14 Normalpflegestationen (378 systemisierte Betten)	
↓	
Forschungsfrage	**Analysedimensionen**
F 1: Wird der erste Schritt des Pflegeprozesses – die Pflegeanamnese – bei allen Patienten der Normalpflegestationen in der rechnergestützten Pflegedokumentation N.Ca.Sol.® dokumentiert?	Teil A: Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese
F 2: Liegt der Zeitpunkt der erhobenen und dokumentierten Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen innerhalb von zwei Tagen nach deren Aufnahme?	Teil B: Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese
F 4: Wie viele Pflegeanamnesen wurden von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bei Patienten erhoben?	Teil C: Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese
F 6: Welche Form der elektronischen Datenerhebung – „Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ – wurde von den DGKP bzw. den Schülern gewählt?	Teil D: Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser
F 8: Ist aus der Dokumentenanalyse ersichtlich, ob die Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten – ab dem dritten Pflegetag – aktualisiert wurde?	Teil E: Aktualisierung der Pflegeanamnese
↓	
Analysekategorie Formale Kategorien – Erhebung formaler Kriterien zur Beschreibung des Gegenstandes (insgesamt 5 Items – 1 Item pro Teil)	

Abb. 7: Grundlagen für das Erhebungsinstrument der quantitativen Studie
(Darstellung durch Autorin)

Für die geplante quantitative Dokumentenanalyse im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurde von der Autorin ein entsprechender Erhebungsbogen erstellt.

Bei der Formulierung der Items des vorliegenden Erhebungsbogens wurden folgende Grundregeln beachtet (Bortz und Döring, 2006, Mayer, 2007):

- Klare, verständliche und möglichst kurze Formulierungen wählen
- Konkrete Fragen/Items formulieren (keine abstrakten Begriffe verwenden)

- Fragen so formulieren, dass sie eindeutig zu beantworten sind
- Die Fragen/Items sollten eindimensional formuliert sein, was bedeutet, dass nicht nach zwei oder mehreren Inhalten gleichzeitig gefragt wird

Das Erhebungsinstrument gliedert sich analog den Forschungsfragen in 5 Teile. Im Folgenden werden den Analysedimensionen die entsprechenden Analysekategorien mit den speziellen Items zugeordnet, die sich im Erhebungsbogen zur Dokumentenanalyse aus dem rechnergestützten Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® (Anhang 1) wieder finden.

Analysedimensionen

Teil A: Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese

Analysekategorie/Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Teil B: Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese

Analysekategorie/Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Teil C: Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese

Analysekategorie/Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Anmerkung:

Da jede Pflegeperson und jeder Schüler der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eine kodierte Zugangsberechtigung hat, kann die Eintragung eindeutig zugeordnet werden.

Zwischen Schülern des 2. und 3. Ausbildungsjahres wird nicht differenziert, da der Ausbildungsgrad in beiden Jahrgängen eine autonome Durchführung der Pflegeanamnese vorsieht und zum Zeitpunkt der Datenerhebung ausschließlich Schüler dieser Jahrgänge zum Praktikum zugeteilt waren (Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder - Praxiskatalog, 2006).

Teil D: Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser
Analysekategorie/Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Teil E: Aktualisierung der Pflegeanamnese
Analysekategorie/Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem dritten Pflegetag aktualisiert?

3.4.2 Schritt 2: Population/Grundgesamtheit

Nach Vorliegen des Erhebungsinstrumentes mussten für die definierte Analyseeinheit und die Vorgehensweise der Datenerhebung bezüglich der Population/Grundgesamtheit konkrete Entscheidungen für die quantitative Studie getroffen werden.
Bortz und Döring (2006) beschreiben die Population – bzw. den in der Literatur synonym verwendeten Begriff Grundgesamtheit – als die Gesamtmenge aller N Beobachtungseinheiten, über die hinsichtlich der Ausprägung eines oder mehrerer Merkmale Aussagen getroffen werden sollen. Werden in einer Population alle Objekte (Anzahl der untersuchten Objekte: N) untersucht, so wird von einer Vollerhebung gesprochen.
In der vorliegenden Arbeit bildeten die dokumentierten Pflegeanamnesen aller stationären Patienten der 14 Normalpflegestationen (entspricht 378 systemisierten Betten) die so genannte Population bzw. Grundgesamtheit der quantitativen Studie. LoBiondo-Wood und Haber (2005) sprechen von einer *Zielpopulation*, die die Gesamtheit der Fülle meint, über die der Forscher verallgemeinernde Aussagen treffen will.
Im Konkreten bezog sich die Vollerhebung auf alle, zum Zeitpunkt der Datenerhebung hospitalisierten Patienten der einzelnen Normalpflegestationen. In diesem Zusammenhang wird von der *verfügbaren Population* gesprochen, also jener, die die Populationskriterien erfüllten und zugleich greifbar waren (LoBiondo-Wood und Haber, 2005). Für die Erhebung pro Station wurde ein einmaliger Erhebungstag gewählt, der sich ausschließlich auf die Wochentage – Montag, Dienstag oder Mittwoch – beschränkte. Laut statistischer Auswertung von 2006 waren die meisten Neuzugänge an diesen Tagen im Krankenhaus zu verzeichnen und der Anteil der durchschnittlich ausgelasteten Betten der Normalpflegestationen betrug an den ersten drei Wochentagen: 84,4 bis 88,6% (Daten aus der Verwaltung). Mit dieser Überlegung versuchte die Autorin der Grundgesamtheit – der Zielpopulation – am nächsten zu kommen.

In der Arbeit von Steininger (2007) wurden ebenfalls die Analysekategorien – Item 1 und Item 5 in leichter Modifizierung – allerdings „nur“ mit einer Stichprobe von sechzig rechnergestützten Pflegedokumentationen – erfasst.
Beweggrund für die gewählte Grundgesamtheit dieser Arbeit war, den Verantwortlichen des Pflegedienstes des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien Daten zur Grundgesamtheit zu liefern und so über repräsentative Ergebnisse diskutieren zu können. Aus organisatorischen und zeitlichen Gründen wird meist auf die viel zu aufwändige und zum Teil vollkommen unmögliche Untersuchung der Grundgesamtheit verzichtet (Weiß, 2005). In dieser Arbeit erfolgte die Datenerhebung manuell; bedingt durch den eingeschränkten Datenumfang und die vorhandenen Zeitressourcen konnte die Vollerhebung bewältigt werden.
Um die populationsspezifischen Merkmale der genau definierten Gruppe festmachen zu können, mussten Ein- und Ausschlusskriterien gebildet werden.

Einschlusskriterien für die Population/Grundgesamtheit
Folgende Einschlusskriterien wurden für die Dokumentenanalyse vorausgesetzt:

- Die „Vollerhebung der dokumentierten Pflegeanamnesen“ bezog sich auf alle am Erhebungstag stationären Patienten und beschränkte sich auf den Bereich der Normalpflegestationen des Krankenhauses
- Die Datenerhebung wurde für die erste Oktoberhälfte 2007 festgelegt, um eine stabile Phase der besetzten Planstellen im Pflegedienst zu nützen; ebenso waren zu diesem Zeitpunkt die Stationssperren nach der Sommerzeit zur Gänze aufgehoben
- Im Erhebungszeitraum war mindestens ein Schüler des 2. bzw. 3. Ausbildungsjahres pro Station zum Praktikum zugeteilt und am Erhebungstag tagsüber im Praktikumseinsatz
- War im Erhebungszeitraum keine Schüler der Station zugeteilt bzw. am Erhebungstag tagsüber praktikumsfrei, wurde dennoch Item 4 (Kapitel 3.4.1) erhoben; in der Darstellung bzw. Interpretation der Ergebnisse wird das Fehlen der Schüler explizit erwähnt und entsprechend berücksichtigt
- Die Datenerhebung wurde nach 16 Uhr durchgeführt, da davon ausgegangen werden kann, dass zu diesem Zeitpunkt die vom Pflegepersonal beabsichtigen Pflegeanamnesen der neu aufgenommenen Patienten bereits durchgeführt worden sind

Nach Ausführungen von LoBiondo-Wood und Haber (2005) sind neben Einschlusskriterien gezielt auch Ausschlusskriterien aufzustellen, um eine externe Validität oder auch Verfälschungen kontrollieren zu können.

Ausschlusskriterien für die Population/Grundgesamtheit
Folgende Ausschlusskriterien wurden für die Dokumentenanalyse vorausgesetzt:

- Dokumentationen von medizinischen Studienpatienten
- Dokumentationen aus dem extramuralen Bereich
- Dokumentationen von hospitalisierten Patienten der konservativen und operativen Intensivbehandlungsstationen (Herzintensiv A 1.2, B 5.1 Intensiv und Stroke Unit) sowie der Inquisitenstation (F 4)
- Dokumentationen aus dem ambulanten Bereich und dem Operationsbereich

Um für die Vollerhebung das Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit hin zu testen, wurde ein Pretest geplant und realisiert; dessen Verlauf wird im nächsten Abschnitt kurz vorgestellt.

3.4.3 Schritt 3: Pretest

Ziel des Pretests war es, die Güte des Erhebungsinstrumentes und den organisatorischen Ablauf der Datenerhebung zu überprüfen.
Der Pretest wurde im August 2007 von der Autorin selbst durchgeführt. Dabei wählte sie eine der 37 Bettenstationen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien aus. Es wurde bewusst eine der patientenreichsten Stationen ausgewählt, um das Erhebungsinstrument formal und inhaltlich auf breiter Basis zu prüfen und den Umgang damit zu üben sowie eine Vielfalt von Datenergebnissen zu erhalten und den maximalen Zeitaufwand für die Datenerhebung einer Station bestimmen zu können. Die Daten jedes einzelnen Patienten konnten über den Einstieg des „Stationsmonitors“ (aktueller Patientenstand der Station) in seiner persönlichen Pflegeanamnese mit bis zu drei Arbeitsschritten pro workflow ermittelt werden. Die Datenerhebung für die „Pretest-Station“ dauerte 90 Minuten.
In dieser Testphase waren wichtig zu ermitteln: die Objektivität und Verständlichkeit der einzelnen Items sowie die Handhabbarkeit des konstruierten Erhebungsbogens.
Für die spätere Vollerhebung machte die Auswertung des Pretests eine Änderung bzw. Adaptierung folgender Analysekategorien/Items notwendig:
Item 1:

Während der Testphase konnten laufende Veränderungen im Patientenstand (Entlassungen, Neuzugänge, Transferierungen) registriert werden. Aus diesem Grund wurde für die Vollerhebung ein Screenshot (Bildschirmkopie des „Stationsmonitors“) mit dem aktuellen Patientenstand als erster Arbeitsschritt festgelegt. Die Bildschirmkopie beinhaltet u.a. die Zimmernummer, Name des Patienten, Befund, fachliche Abteilung, Klasse, Status (dokumentierte Pflegeprozessschritte), Fallzahl und Aufnahmedatum.

Zu den Kategorien „Ja“ und „Nein“ wurde die Kategorie „Offen“ hinzugefügt, da in einzelnen Fällen zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Frage nicht beantwortet werden konnte. Die Begründung liegt darin, dass ein Patient entweder am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert wurde und sich noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens der hausinternen Regelung (innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten) befand.

Item 3 und 4:

Im Pretest konnte festgestellt werden, dass Pflegeanamnesen auch von einer Pflegehilfe erstellt wurden. Pflegehilfen sind lt. GuKG nicht dazu legitimiert, eine Pflegeanamnese zu erstellen, und in N.Ca.Sol.® haben sie grundsätzlich nur eine Leseberechtigung, jedoch keine Schreibberechtigung für die Erstellung der Pflegeanamnese. Für die Datenerhebung wurde in den Kategorien hinzugefügt: „Pflegehilfe/sonstige Personen“.

Item 5:

Betreffend die Auswertung des Pretests zu Item 5 „Aktualisierung der Pflegeanamnese“ lagen nach Meinung der Autorin zu allgemeine Daten vor. Um differenziertere Angaben als Grundlage für die Diskussion der Ergebnisse zu erhalten, wurde für die Vollerhebung eine geringfügige Änderung der Analysekategorie/Item 5 vorgenommen und Item 6 neu hinzugefügt.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (incl. beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem dritten Pflegetag aktualisiert? Ja? Nein?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert? Kurzinformation? Pflegeanamnese/Pflegemodell?

Ebenso musste das Layout des Erhebungsbogens praktikabler gestaltet werden, um in der manuellen Datenerfassung die Arbeitsschritte ökonomischer abwickeln zu können.

3.4.4 Schritt 4: Datenerhebung aus rechnergestützten Pflegeanamnesen

Die Datenerhebung wurde anhand der im Pretest überprüften und im Anschluss daran überarbeiteten Erhebungsbogen außerhalb der Organisationseinheiten (Normalpflegestationen) durch die Autorin selbst vorgenommen.

Die Vollerhebung erfolgte in der ersten Oktoberhälfte 2007 im Verwaltungsbereich mit zentralem Zugang zum Programm „Patidok“, einem Teilsystem des Krankenhausinformationssystems, und dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.®

Die erhobenen Daten wurden manuell im dafür vorgesehenen Erhebungsbogen dokumentiert. Wie bereits erwähnt, bezogen sich die ausgewählten Erhebungstage für die jeweilige Station auf die ersten drei Wochentage. Zur Bestimmung des jeweiligen Erhebungstages jeder einzelnen Station diente das Kriterium, ob die zum Praktikum zugeteilten Schüler in ihrer Höchstzahl am Erhebungstag tagsüber im Praktikum waren. Die Ermittlung des Praktikumseinsatzes erfolgte über die Stationsdienstpläne. Die im Zeitraum der Datenerhebung praktizierenden Schüler des 2. Ausbildungsjahres waren mit 17. September 2007 und jene des 3. Ausbildungsjahres mit 10. September 2007 zum Praktikum auf der jeweiligen Station zugeteilt. Zwei Normalpflegestationen hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine von der Schule zugeteilten Schüler. Anhang 2 verschafft dazu mit der Zeittabelle der Datenerhebung und der Zuteilung der Schüler einen Überblick.

Den Stationen waren die Erhebungstage nicht bekannt, so dass diesbezügliche Verzerrungen – beispielsweise verbesserte und detailliertere Dokumentationen – ausgeschlossen werden konnten.

Die Datenerhebung verlief plangemäß mit einem Zeitaufwand von insgesamt 540 Minuten.

3.4.5 Schritt 5: Aufbereitung der Daten

Von der zu Grunde gelegten *Zielpopulation* (N=378) konnte zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine *verfügbare Population* (n=348) untersucht werden. Die Differenz ergibt sich daraus, dass an den Erhebungstagen insgesamt 30 Betten nicht belegt waren.

Die gewonnenen Daten der einzelnen Items wurden auf manuellem Weg zusammengeführt und für den nächsten Schritt der statistischen Auswertung aufbereitet.

Entsprechend der Analyse des Aufnahmedatums aller Patienten waren insgesamt 23 Patienten bereits vor dem Zeitpunkt des Praktikumsbeginns der Schüler (Mitte September 2007) in stationärer Pflege. Diese Patientenanzahl wird in der Auswertung der Ergebnisse nicht speziell berücksichtigt, da zum Zeitpunkt der Aufnahme dieser Patientengruppe (Juli bzw. August 2007) kontinuierlich die Praktikumsplätze der Schüler besetzt waren.

3.4.6 Schritt 6: Statistische Auswertung

Die Ergebnisse der Analysekategorien/Items wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 15.0 erfasst und ausgewertet.

Für die grafische Darstellung der deskriptiven Daten wählte die Autorin Häufigkeitstabellen bzw. Häufigkeitsdiagramme (Säulendiagramme), die mit Hilfe des Word und Excel Programmes visualisiert wurden.

3.5 Triangulation – Die Entscheidung (Schritt 7)

Das Bindeglied zwischen dem quantitativen und dem qualitativen Verfahren bildet ein Ist-Soll-Vergleich auf der Ebene der Zielsetzung (Kapitel 1.3).
Eine methodische Darstellung des Ist-Soll-Vergleiches als Entscheidungsgrundlage für die Triangulation zeigt folgendes Flussdiagramm:

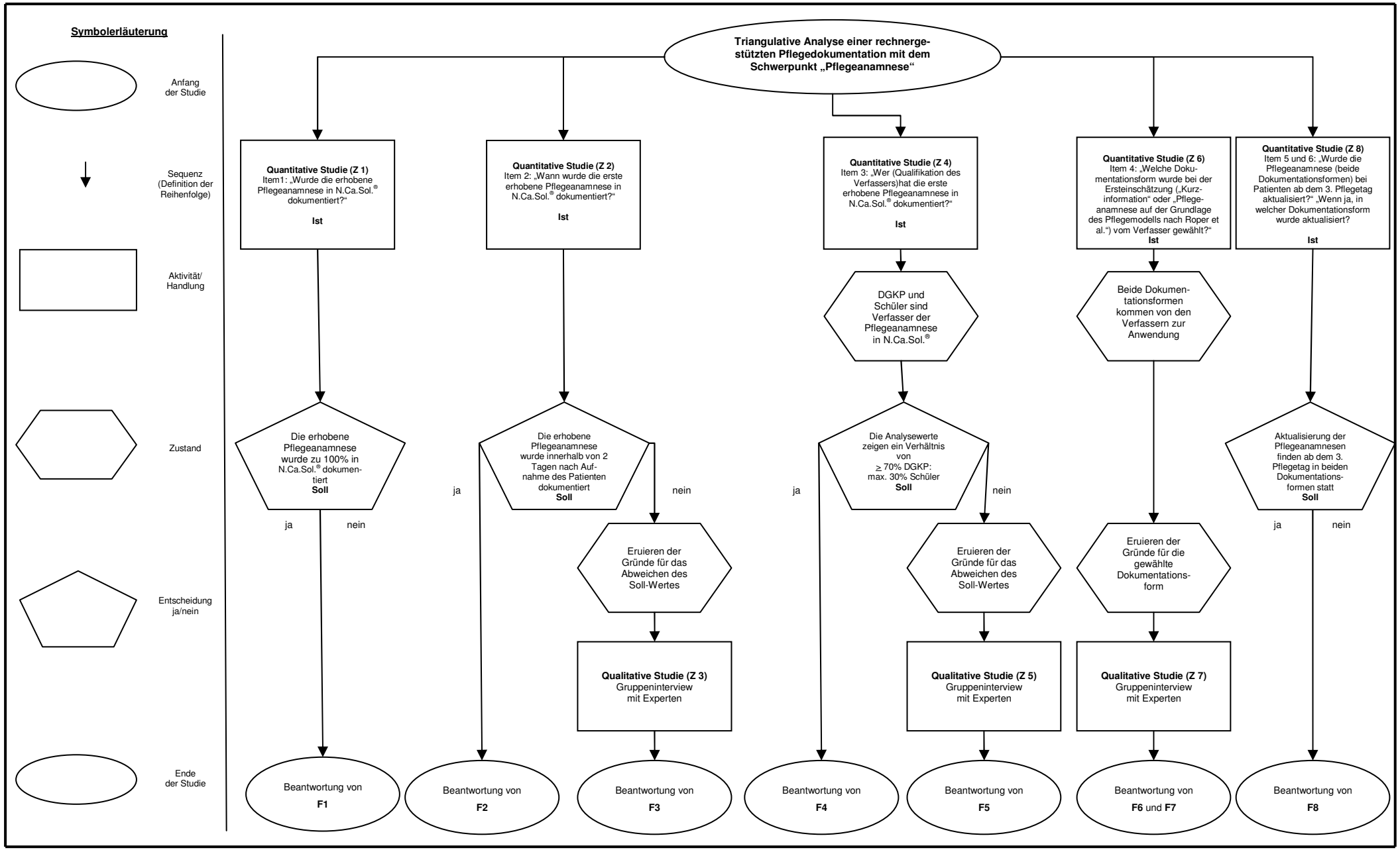
Symbolerläuterung
Anfang der Studie
Sequenz (Definition der Reihenfolge)
Aktivität/ Handlung
Zustand
Entscheidung ja/nein
Ende der Studie
Triangulative Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation mit dem Schwerpunkt „Pflegeanamnese“
Quantitative Studie (Z 1) Item1: „Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?“ Ist
Quantitative Studie (Z 2) Item 2: „Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?“ Ist
Quantitative Studie (Z 4) Item 3: „Wer (Qualifikation des Verfassers)hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?“ Ist
Quantitative Studie (Z 6) Item 4: „Welche Dokumentationsform wurde bei der Ersteinschätzung („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?“ Ist
Quantitative Studie (Z 8) Item 5 und 6: „Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?“ „Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert? Ist
DGKP und Schüler sind Verfasser der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.®
Beide Dokumentationsformen kommen von den Verfassern zur Anwendung
Die erhobene Pflegeanamnese wurde zu 100% in N.Ca.Sol.® dokumentiert Soll
Die erhobene Pflegeanamnese wurde innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert Soll
Die Analysewerte zeigen ein Verhältnis von ≥ 70% DGKP: max. 30% Schüler Soll
Aktualisierung der Pflegeanamnesen finden ab dem 3. Pflegetag in beiden Dokumentationsformen statt Soll
ja
nein
Eruieren der Gründe für das Abweichen des Soll-Wertes
Eruieren der Gründe für die gewählte Dokumentationsform
Qualitative Studie (Z 3) Gruppeninterview mit Experten
Qualitative Studie (Z 5) Gruppeninterview mit Experten
Qualitative Studie (Z 7) Gruppeninterview mit Experten
Beantwortung von F1
Beantwortung von F2
Beantwortung von F3
Beantwortung von F4
Beantwortung von F5
Beantwortung von F6 und F7
Beantwortung von F8

Abb. 8: Flussdiagramm zur Darstellung des Ist-Soll-Vergleiches als Entscheidungsgrundlage für die Triangulation (Darstellung durch Autorin)

Das Flussdiagramm verdeutlicht, dass die Basis zur Zielerreichung (Z 1 – Z 8) von der quantitativen Studie gebildet wird.
Die Ziele Z 1 und Z 8 verlangten in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die quantitative Methodik.
Zur Zielerreichung Z 2 bis Z 5 musste mit der quantitativen Studie begonnen werden um deskriptive Daten (Ist-Daten) ermitteln zu können. Diese numerischen Daten wurden mit den expliziten Soll-Werten verglichen und die Autorin entschied, ob eine qualitative Methodik anzuschließen hat.
Die Ziele Z 6 und Z 7 verlangten keinen Ist-Soll-Vergleich, sondern beide Ansätze – quantitativ und qualitativ – wurden als komplementäre Forschungsstrategien kombiniert.
Hier findet das Design der simultanen Triangulation (Jick, 1979 zit. aus Morse und Field, 1998) Anwendung. Es setzt qualitative und quantitative Methoden gleichzeitig ein, um das gleiche Problem zu behandeln. Einige Variablen eignen sich dabei nicht für eine Quantifizierung, und aus diesem Grund müssen qualitative Techniken zusätzlich zum quantitativen Forschungsdesign eingesetzt werden.
So kann an dieser Stelle vor dem Hintergrund der Triangulation eine Form integrierter Designs – „dominant/less dominant“ – nach Creswell (zit. aus Flick, 2004) erwähnt werden. Im Wesentlichen ist sie einem der beiden Ansätze verpflichtet und der andere wird eher marginal hinzugezogen.

Nach Vorstellung des quantitativen Studiendesigns (Schritte 1-6) für die quantitative Dokumentenanalyse der rechnergestützten Pflegedokumentation mit Schwerpunkt der Pflegeanamnese findet nun auf Basis der methodenübergreifenden Triangulation der Übergang zur qualitativen Methodik statt.
Den Mittelpunkt des qualitativen Studiendesigns bildet das problemzentrierte, teilstrukturierte Gruppeninterview mit Experten anhand eines Interviewleitfadens, in welchem die ausgewählten Diplompflegepersonen als Experten fungieren und die Autorin die Rolle des Interviewers einnimmt.
Im folgenden Kapitel wird schrittweise die qualitative Studie (Schritte 8-13, Abbildung 6), beginnend mit dem Erhebungsinstrument bis zur geplanten Auswertung, im Detail besprochen.

3.6 Qualitative Studie (Schritte 8-13)

Die qualitative Studie, als weitere Teilstudie der vorliegenden Arbeit, bildet den so genannten „dritten Punkt“ in der Triangulation mit dem Ziel, eine weitere Perspektive dem Forschungsgegenstand hinzuzufügen.

Um die subjektive Einschätzung – Einstellungen und Meinungen – der rechnergestützten Pflegedokumentation durch Diplompflegepersonen in Erfahrung zu bringen, eignet sich der qualitative Forschungsansatz besonders gut.

„Für die qualitative Forschung besteht Wirklichkeit nicht in objektiv messbaren Fakten, sondern in Bedeutungen und Zusammenhängen, die im Zuge der sozialen Interaktion hergestellt werden. Wirklichkeit und Wahrheit werden hier als etwas Subjektives und subjektiv Empfundenes verstanden. Daher erschließt sich die Wirklichkeit nicht objektiven Messmethoden, sondern nur dem (subjektiven) Verstehen“ (Mayer, 2007, S. 87f).

Normalerweise geht die qualitative Forschung nicht von einem festliegenden konzeptionellen Bezugsrahmen aus, der getestet werden soll, sondern ihr Ziel ist es vielmehr, aus den gesammelten Daten, die vom subjektiven Empfinden ausgehen und das individuelle Erleben beschreiben, Konzepte und Theorien zu entwickeln (Morse und Field, 1998).

Aus diesen Gründen, so die Ausführungen von Bortz und Döring (2006), gestaltet sich der Prozess der Datenerhebung und –auswertung flexibel und das Ergebnis einer solchen Auswertung sind keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen. Die Tatsache, dass quantitative und qualitative Forschung unterschiedliche Datenerhebungs- und Datenanalyseverfahren einsetzen, wird einer Trennung beider Ansätze noch nicht vollständig gerecht. Zugrunde liegen vielmehr weit reichende Diskrepanzen in der Auffassung von Wissenschaft, die in prägnanter Form oft mit Gegensatzpaaren verdeutlicht werden.

Bortz und Döring *„[….] plädieren* [allerdings] *dafür, solche Gegensätze nicht als Dichotomien, sondern allenfalls als bipolare Dimensionen aufzufassen und sie nur äußerst vorsichtig zu verwenden“* (Bortz und Döring, 2006, S. 299).

Mayring (2002) beschreibt „fünf Postulate“ und stellt damit ein Grundgerüst qualitativen Denkens dar. Er betont in aller Deutlichkeit, dass dieses Grundgerüst qualitativen Denkens keine Alternative zu quantitativem Denken darstellt, sondern vertritt die Auffassung, dass qualitatives und quantitatives Denken in der Regel in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess enthalten sind.

Das Studiendesign zur qualitativen Forschung ist, wie bei der quantitativen Forschung auch, genau zu beschreiben und offen zu legen. Auf diese Weise können qualitative Verfahren vernünftig und gegenstandsangemessen eingesetzt werden und lassen sich, wo dies notwendig ist, mit quantitativen Analyseschritten gut verbinden (Mayring, 2002).

Die strukturelle Darstellung der qualitativen Studie (Schritte 8-13, Abbildung 6) lehnt sich sequenzweise an die „Einführung in die Qualitative Sozialforschung“ (Mayring, 2002) an; das Erhebungsinstrument (Schritt 8) und Überlegungen zur Stichprobe (Schritt 9) werden im Anschluss an dieses Kapitel von der Autorin eigenständig abgehandelt.

3.6.1 Schritt 8: Erhebungsinstrument – Interviewleitfaden

Zur Erhebung qualitativer Daten können unterschiedliche Methoden herangezogen werden. Methoden, die auf sprachlicher Basis arbeiten, sind Interviews und die teilnehmende Beobachtung.

Da die komplexe Fragestellung der vorliegenden Untersuchung einen verbalen Zugang zum Subjekt verlangt, wurde von der Autorin das qualitative Interview als geeignetes Erhebungsverfahren gewählt.

„Ein Interview ist eine planmäßige mündliche Befragung mit wissenschaftlicher Zielsetzung, in der [der] *Befragte verbal Informationen mitteilt“* (Mayer, 2007, S.175).

Interviews verwirklichen den Grundgedanken der qualitativen Forschung – die Betroffenen kommen selbst zur Sprache, um deren subjektive Sichtweise kennen zu lernen.

Ammenwerth und Haux (2005) beschreiben folgende Einsatzbereiche mündlicher Befragungen: das Erfragen von Informationen, die ausschließlich der Befragte hat, das In-Erfahrung-Bringen von Einstellungen und Meinungen, aber auch das Sammeln von Stark- und Schwachstellen einer Situation oder eines Ausschnittes. Die genannten Einsatzbereiche treffen auf die vorliegende Arbeit exakt zu.

Die Ausprägungsformen von Interviews sind derart vielgestaltig, und eine Reihe von verschiedenen Bezeichnungen finden sich dafür in der Literatur, so dass eine terminologische Klärung notwendig erscheint (siehe Abbildung 9).

Offenes (vs. geschlossenes) **Interview**	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des **Befragten**	Er kann frei antworten, ohne Antwortvorgaben, kann das formulieren, was ihm in Bezug auf das Thema bedeutsam ist.
Unstrukturiertes (vs. strukturiertes) bzw. **unstandardisiertes** (vs. standardisiertes) **Interview**	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des **Interviewers**	Er hat keinen starren Fragenkatalog; er kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren.
Qualitatives (vs. quantitatives) **Interview**	bezieht sich auf die **Auswertung** des Interviewmaterials	Die Auswertung geschieht mit qualitativ-interpretativen Techniken

Abb. 9: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen (vgl. Wittkowski, 1994 zit. aus Mayring, 2002, S. 66)

Vor dem Hintergrund verschiedener Kategoriensysteme von Interviewtypen wird die Basis für das zu entwickelnde Erhebungsinstrument der vorliegenden Arbeit in der folgenden Abbildung dargestellt.

Dimensionen der Unterscheidung	**Basis für das Erhebungsinstrument (Interviewleitfaden)**
Intention des Interviews	informationsermittelnd
Standardisierungsgrad	halb standardisiert bzw. halb strukturiert problemzentriert
Art der Fragen	offen
Art des Kontaktes	face-to-face (Paper and Pencil Interview (PAPI) mit Leitfaden
Struktur der zu Befragenden	Gruppeninterview mit Experten
Anzahl der Interviewer	ein Interviewer

Abb. 10: Dimensionen der Unterscheidung von Interviews als Basis für das Erhebungsinstrument (Darstellung der Autorin in Anlehnung an Bortz und Döring, 2006, Lamnek, 2005)

Die von der Autorin getroffene Grundsatzentscheidung für das problemzentrierte Interview lässt sich mit dessen Vorzügen für die in der vorliegenden Studie gewählte Vorgehensweise gegenüber offenen Interviewformen begründen. Das problemzentrierte Interview – von Bortz und Döring auch als Leitfadeninterview bezeichnet – eignet sich nämlich für eine theoriegeleitete Forschung, die keinen explorativen Charakter hat.

Nach Ausführungen von Lamnek (2005) geht der Forscher *„[….] mit einem theoretischen Konzept ins Feld, wobei aber die Dominanz der Konzeptgenerierung durch den Befragten erhalten bleibt“* (Lamnek, 2005, S. 368).
Da über den Forschungsgegenstand zum Zeitpunkt der qualitativen Befragung schon einiges bekannt ist, werden auf Basis der vorangegangenen Problemanalyse (siehe Schritt 7, Kapitel 3.5) dezitiertere und spezifischere Fragestellungen in die Interviewform einfließen. Ein weiterer wichtiger Punkt der teilweisen Standardisierung durch den Leitfaden ist die einfachere Vergleichbarkeit der Interviews, die für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse elementar erscheint.
„Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen erhält man ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht. Dennoch lässt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfadenkonzeption nicht antizipiert wurden“ (Bortz und Döring, 2006, S. 314).

Das Erhebungsverfahren für die vorliegende qualitative Studie ist somit das
problemzentrierte, halbstrukturierte Gruppeninterview mit Experten anhand eines Interviewleitfadens.

Im folgenden Abschnitt wird auf die wesentlichen Aspekte der Erhebungsmethode näher eingegangen.

Problemzentriertes, halbstrukturiertes Interview / Leitfadeninterview
Unter dem Begriff des problemzentrierten Interviews, das vom deutschen Psychologen Andreas Witzel konzipiert wurde, werden alle Formen der offenen und halbstrukturierten Befragungen zusammengefasst, die durch die Merkmale: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung gekennzeichnet sind (Mayring, 2002, Mayer 2007).
Ziel dieser Form von Interviews ist es, die subjektiven Sichtweisen von Individuen zu gesellschaftlich relevanten Problembereichen zu erfassen. Anhand eines Interviewleitfadens (Anhang 3) erhält der Forscher alle notwendigen Informationen zum Untersuchungsgegenstand (ohne eine Fragestellung zu übersehen), während er gleichzeitig dem Befragten die Freiheit lässt, die Antworten nach seinem Geschmack zu formulieren und die Be-

schreibungen zu wählen, die seine Gedanken am besten wiedergeben. Dem Prinzip der Offenheit qualitativen Denkens wird hiermit Rechnung getragen.
Das problemzentrierte, halbstrukturierte Interview / Leitfadeninterview versteht sich primär als Variante einer qualitativen Einzelbefragung; es kann jedoch nach Wiedemann auch in Gruppe durchgeführt werden (Wiedemann, 1987 in Anlehnung zit. aus Bortz und Döring, 2006), und nach Witzel handelt es sich bei problemzentrierten Interviews um eine Methodenkombination, die u. a. auch Gruppendiskussion zulässt (Witzel, 1985 zit. aus Lamnek, 2005). Auf diese Aussagen beruft sich die Autorin bei der Festlegung ihres Studiendesigns.

Gruppeninterview mit Experten

Das Gruppeninterview versteht sich als Sonderform der mündlichen Befragung mit mehreren Teilnehmern und unterscheidet sich von Einzelinterviews insofern, als es auf *„[….] einer gemeinsamen Wahrnehmung der Wirklichkeit beruh*[t]*“* (Holloway und Wheeler, 1997 zit. aus Mayer 2007, S. 191).
Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit untersucht einen bisher nicht erforschten Aspekt der Pflegeanamnese, so dass die Autorin die Interaktion der Teilnehmer positiv nützt, um durch Synergieeffekte zwischen den Befragten die erhobenen Daten besser verstehen zu lernen.
Die drei Teilnehmer des geplanten Gruppeninterviews sind Experten der Pflegepraxis, die als Spezialisten über komplexe Wissensbestände verfügen.
Die in der Methodenliteratur dem Experteninterview zugrunde gelegten Begriffe variieren stark. In Anlehnung an Vogel (1995), Meuser und Nagel (1991) werden explorative, systematisierende und theoriegenerierende Experteninterviews unterschieden. Der in der vorliegenden Studie gewählten Interviewform liegt das systematisierende Experteninterview zugrunde.
„Im Vordergrund steht hier das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen [….] Der Experte klärt auf über „objektive“ Tatbestände, erläutert seine Sicht der Dinge zu einem bestimmten Themenausschnitt usw. Der Experte wird hier also in erster Linie als „Ratgeber“ gesehen, als jemand, der über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt“ (Bogner et al., 2005, S. 37).
Zu klären ist zunächst die Frage, wer als Experte dieser Untersuchung gilt. Bogner et al. (2005) beziehen sich in ihren Ausführungen auf diejenigen Experten, die selber Teil des Handlungsfeldes sind, das den Forschungsgegenstand ausmacht. Von der Autorin wur-

den Experten ausgewählt, die einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen haben und über Entscheidungsprozesse verfügen.
Die Experten sind oft nicht in der obersten Ebene einer Organisation zu suchen, sondern in der zweiten oder dritten Ebene, wo Entscheidungen vorbereitet und durchgesetzt werden und wo in der Regel das detaillierteste Wissen über interne Strukturen und Ereignisse vorhanden ist (Bogner et. al, 2005).
Die für die vorliegende Studie ausgewählten Experten – Stationsleiter, Praxisanleiter und eine Diplompflegeperson aus dem Team – repräsentieren eine zur Zielgruppe (Mitarbeitende im Pflegedienst) komplementäre Handlungseinheit. Das Sample wird in der Stichprobenbildung (Kapitel 3.6.2) genauer vorgestellt.
Aufgabe der Experteninterviews war es, Informationen über Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe zu liefern.
Neben der Dokumentenanalyse aus dem rechnergestützten Pflegedokumentationssystem (Quantitative Studie) bilden die so genannten Experteninterviews eine wesentliche Datenquelle zur Ermittlung von Kontextwissen.

Interviewleitfaden

Charakteristisch für die vorgestellte Befragungsform ist ein Interviewleitfaden, der dem Interviewer als so genannte Gedächtnisstütze dient. Der Interviewleitfaden spiegelt die Grundstruktur des Gespräches wider, die aus den Forschungsfragen heraus logisch entwickelt wurde.
Die Begründung für die Wahl von Leitfadeninterviews liegt darin, dass mehrere Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung bestimmt werden und dass genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen.

Die Erstellung des Interviewleitfadens basierte auf:

- den Ergebnissen der quantitativen Datenerhebung aus dem N.Ca.Sol.® (Ist)
- der Zielsetzung und den Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit (Soll)
- Gesprächen mit den Verantwortlichen des Pflegedienstes – Pflegecontrolling und Pflegedirektion

Die Interviewfragen (werden mit „IF“ abgekürzt, um sie von den Forschungsfragen unterscheidbar zu machen) leiten sich aus der jeweiligen Fragestellung der vorliegenden Arbeit ab und werden in Abbildung 11 transparent gemacht.

Forschungsfragen (F)	**Interviewfragen (IF)**
F 3: Ist den Diplompflegepersonen die formelle Regelung hinsichtlich des Zeitraumes der zu erhebenden Pflegeanamnese (innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten) bekannt und welche Gründe werden für das Abweichen von dieser Regelung genannt?	IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist? IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol. ® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu ….% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%? IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?
F 5: Welche Überlegungen liegen zugrunde, wenn Diplompflegepersonen mehr als 30% der zu erhebenden Pflegeanamnesen an Schüler delegieren und wie rechtfertigen/verantworten sie ihr Verhalten?	IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen? IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass ….% der dokumentierten Pflegeanamnesen von Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu? IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?
F 7: Welche Gründe geben Diplompflegepersonen für die von ihnen gewählte Dokumentationsform (Kurzinformation bzw. Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) an und wissen sie um deren Vor- und Nachteile für die gesamte Pflegeprozessdokumentation?	IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale? IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation? IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Abb. 11: Interviewfragen auf Basis der Forschungsfragen (Darstellung durch Autorin)

Der formale Aufbau des Interviewleitfadens (Anhang 3) zeigt den Verlauf des geplanten Gespräches und ist prinzipiell in drei Phasen gegliedert.
In der *Einstiegsphase (Einleitung)* wird eine positive Intervieweröffnung gestaltet, um bei den befragten Personen eine anfängliche Hemmschwelle abzubauen, das Interesse am Interview zu wecken sowie ihre Gesprächsbereitschaft anzuregen.
In der *Hauptphase (Hauptteil)* wird zunächst mit allgemeinen Fragen – Sondierungsfragen – in die Thematik eingestiegen, um zu eruieren, welche subjektive Bedeutung die Thematik für die Befragten überhaupt hat. Im Anschluss daran werden die Leitfadenfragen – Sachfragen – nach den zentralen Problembereichen gestellt. Dazu werden für den Interviewer bei Bedarf auch Unterfragen vorbereitet (Anhang 3 – Interviewleitfaden) oder es werden spontan Ad-hoc-Fragen zur Präzisierung formuliert.
Die *Abschlussphase (Abschluss)* umfasst das Erheben der demografischen Daten zu den befragten Personen, die Klärung der weiteren Vorgehensweise und letztlich der Dank für das Interview.

Nach Fertigstellung des Leitfadens wurden seitens der Autorin anhand einer Checkliste (in Anlehnung an Bouchard, 1976 zit. aus Bortz und Döring, 2006) alle Fragen auf Sinnhaftigkeit, Deutlichkeit und Verständlichkeit überprüft und dem Pflegecontrolling und der Pflegedirektion zur Begutachtung und mit der Bitte um Anregungen vorgelegt.

3.6.2 Schritt 9: Stichprobenbildung

Die Stichprobenbildung ist ein weiterer wesentlicher Schritt beim Festlegen der Vorgehensweise in der geplanten qualitativen Studie. Die qualitative Forschung zielt nicht auf die Häufigkeit gewisser Handlungen ab, sondern versucht, typische Handlungen in bestimmten Situationen herauszufiltern.
Da bereits zu Beginn der vorliegenden, theoriegeleiteten Untersuchung relevante Merkmale definiert werden konnten, war es der Autorin möglich, schon vor der Feldphase die geeigneten Personen für die Befragung festzulegen. Diese Form der Samplingstrategie wird von Kelle und Kluge als „selektives Sampling“ bzw. als „qualitativer Stichprobenplan“ bezeichnet (Kelle und Kluge, 1999 zit. aus Lamnek, 2005).
Die Stichprobenauswahl wird grundsätzlich von zwei Prinzipien bestimmt – der *Nützlichkeit* und *Angemessenheit* (Mayer 2007, Morse und Field, 1998).
Die *Nützlichkeit* verlangt von der Autorin die Überlegung, welche Teilnehmer die gewünschten Informationen liefern können, d.h. welche Teilnehmer entsprechend der Zielsetzung am zweckmäßigsten sind.

Das Prinzip der *Angemessenheit* bedeutet, dass die zu erwartenden Informationen so umfangreich sind, dass sie umfassende und detaillierte Beschreibungen des Sachverhaltes erlauben.

„Werden die Kriterien der Nützlichkeit und Angemessenheit nicht erfüllt, bleiben qualitative Resultate dürftig, die Zuverlässigkeit und Validität der Untersuchung sind möglicherweise gefährdet“ (Morse, 1986 zit. aus Morse und Field, 1998, S. 76).

Mayer (2007) vergleicht diese Art der Stichprobengewinnung mit der „*gezielten Erhebung*“ aus der quantitativen Forschung, die auch als „kriterienbezogen“ bezeichnet wird. Die gezielte Erhebung – LoBiondo-Wood und Haber (2005) nennen sie „*gezielte Stichprobe*“ – zählt zur Gruppe der Nicht-Zufallsstichproben (non-probabilistische Stichprobenauswahl), mit dem Vorteil, dass die Verfügbarkeit der Probanden relativ leicht gegeben ist, jedoch mit den Nachteilen, dass die Möglichkeit der Verfälschung mit zunehmender Heterogenität der Population steigt und dadurch die Generalisierbarkeit eingeschränkt wird (LoBiondo Wood und Haber, 2005).

Im Bewusstsein der Grenzen dieser Samplingstrategie erachtet die Autorin die gezielte Stichprobe dennoch für angezeigt.

Um die Zuverlässigkeit einer gezielten Stichprobe in Bezug auf die Repräsentativität und Validität der Ergebnisse zu erhöhen, wurden von der Autorin Ein- und Ausschlusskriterien sorgfältig ausgewählt (LoBiondo-Wood und Haber, 2005).

Einschlusskriterien für die Stichprobenbildung

Folgende Einschlusskriterien werden von problemzentrierten Gruppeninterviews mit Leitfaden verlangt:

- Auf der Grundlage des Ist-Soll-Vergleiches (Schritt 7, Kapitel 3.5) konnten die Stationen für die geplanten Gruppeninterviews ermittelt werden. Von Seiten der Autorin wurden insgesamt vier Interviews festgelegt, mit dem Kriterium, zwei Stationen im operativen und zwei im konservativen Fachbereich auszuwählen. Es wurden jene Stationen ausgewählt, deren Ist-Werte am stärksten von den Soll-Werten abweichen; eine diesbezügliche Priorität von Z 3 (Erhebung der Pflegeanamnese zu 100% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten) bzw. Z 5 (Verfasser der Pflegeanamnese sind 70% DGKP und max. 30% Schüler) wurde nicht vorgenommen, sondern nach der größten Differenz der Ist-Soll Ergebnisse entschieden. Das Auswahlkriterium „Fachbereich“ war insofern entscheidend, als davon ausgegangen werden kann, dass die Bedeutung betreffend die Pflegeanam-

nese von den jeweiligen Diplompflegepersonen unterschiedlich eingeschätzt werden könnte.

- Teilnehmer der Gruppeninterviews waren Experten der Pflegepraxis (siehe Kapitel 3.6.1), die entsprechend ihrer Rolle, ihrer Kenntnisse und Einblicke so genannte „Schlüsselfiguren“ an den entsprechenden Stationen sind und über die Normen und Werte der Institution Bescheid wissen. Bei Verhinderung oder freiwilligem Rücktritt vom Interview wurde im Fall der Stationsleitung und Praxisanleitung auf deren Vertreter zurückgegriffen. Da im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Praxisanleiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation nicht an allen Stationen im Einsatz sind, wurden in einem solchen Fall die ernannten Bezugspersonen für Auszubildende der jeweiligen Station angesprochen. Der dritte Experte war eine DGKP aus dem Stationsteam. Zur Ermittlung dieser Person erfolgte ein beratendes Gespräch seitens der Stationsleitung mit der Autorin. Kriterium von Seiten der Forscherin war, dass die jeweilige DGKP mindestens ein Jahr in ihrer Funktion am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien tätig ist und sich mit den Strukturen des Krankenhauses und dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® vertraut gemacht hat.
- Die Zustimmung zum Gruppeninterview während der Dienstzeit gab die Pflegedirektion der Autorin. Die Gesprächszeit wurde mit max. 90 Minuten festgelegt. Bei Überschreiten der Gesprächszeit informierte die Autorin die Pflegedirektion.
- Das Gruppeninterview wurde in einem nächsten Schritt mit der Stationsleitung zeitgerecht für die 46. bis 50. KW 2007 festgelegt, um den geeigneten Tag leichter bestimmen zu können und diesen entsprechend in der Dienstplanung zu berücksichtigen. Ein Ersatztermin wurde ebenso fixiert.
- Der Gesprächszeitpunkt und der Ort des Interviews (der von den Interviewpartnern gewählte Ort sollte nach Möglichkeit störungsfrei sein) wurden mit der Stationsleitung fixiert.
- Die informierende Einverständniserklärung aller Teilnehmer war die Voraussetzung für das Zustandekommen des Interviews. Bei Nicht-Zustimmung wird der Kontakt zur nächsten – auf der Basis der N.Ca.Sol.®-Daten in Frage kommenden – Station gesucht. Das Formular der „Informierenden Einverständniserklärung“ (Anhang 4) enthält eine schriftliche Erläuterung zur geplanten Untersuchung und eine schriftliche Bestätigung, dass der Proband seine Teilnahme erklärt und weiß, dass er jederzeit aussteigen kann. Zur Überprüfung der Gültigkeit der Aussagen wurde das zusammengefasste Protokoll zum Interview den Befragten nochmals vorge-

legt und bei Bedarf mit ihnen diskutiert. Damit wird dem Gütekriterium „Kommunikative Validierung“ (Überprüfung der Gültigkeit der Ergebnisse) Rechnung getragen.

Ausschlusskriterien für die Stichprobenbildung

Folgende Ausschlusskriterien werden von problemzentrierten Gruppeninterviews mit Leitfaden verlangt:

- Personen, die keine schriftliche Einverständniserklärung abgeben, nehmen nicht am Interview teil.
- Das Gruppeninterview findet ausschließlich mit allen drei Experten statt. Bei kurzfristigem Rücktritt oder Verhinderung wird auf den Ersatztermin ausgewichen bzw. mit Hilfe der Stationsleitung eine adäquate Person für den Ausfall gesucht. Bei neuerlicher Verhinderung oder Absage steht ein dritter Termin zur Verfügung. Im Fall eines notwendigen vierten Termins wird auf die Befragung dieser Station verzichtet und auf die nächste in Frage kommende Organisationseinheit übergegangen.
- Schüler, die in der quantitativen Datenerhebung eine wesentliche Rolle einnehmen, werden bewusst von der qualitativen Befragung ausgeschlossen. Einer der wesentlichen Gründe dafür ist, dass im begrenzten Rahmen der Diplomarbeit der Fokus auf die Dokumentationspraxis der DGKP gelegt wird, um aus diesem Blickwinkel Schwachstellen sowie Verbesserungspotentiale eruieren zu können.

Unter Zuhilfenahme der Kenntnisse über die genau definierte Population (Diplompflegepersonen der Normalpflegestationen) konnten über die Auswahlkriterien der Probanden (siehe oben) die typischen Kriterien der Population erfasst werden; auch mit dem Festlegen der Experten konnte die Heterogenität und damit die Gefahr der Verfälschung minimiert werden.

In der qualitativen Forschung wird im Allgemeinen mit kleinen Stichproben gearbeitet; Richtlinien für deren Größe gibt es nicht.

Unter Berücksichtigung der zeitlichen Ressourcen der Autorin wurden nach den oben beschriebenen Kriterien vier Gruppeninterviews zu je drei Experten festgelegt.

Das Sample setzt sich aus drei Stationsleitungen (STL) und einer STL-Vertretung, vier Praxisanleitern (PA) und vier Diplompflegepersonen (DGKP) zusammen.

Berufsspezifische Angaben zu den Interviewpartnern (Stand zum Zeitpunkt der geführten Interviews)

Die vier befragten STL (eine Person ist STL-Vertretung) üben ihren Beruf als DGKP seit 7 bis 30 Jahren aus, davon sind sie 2 bis 26 Jahre in ihrer Funktion als STL bzw. STL-Vertretung tätig; mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® arbeiten alle 4 Personen seit Beginn der Systemeinführung im Jahr 2002.

Die vier befragen PA sind zwischen 5 und 20 Jahren als DGKP im Pflegedienst tätig; die Funktion als PA üben sie zwischen 3 und 17 Jahre aus; davon haben alle 4 Personen die Zusatzqualifikation „Praxisanleitung“ erworben und alle vier Praxisanleiter arbeiten mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® seit 5 bis 6 Jahren.

Die vier befragten DGKP sind zwischen 2 bis 7 Jahren im Pflegedienst tätig und haben zwischen 2 und 6 Jahren Erfahrungen mit N.Ca.Sol.®

Der nächste Schritt bestand nun in einer Pilotphase, in der von der Autorin ein Probeinterview durchgeführt wurde. Das nächste Kapitel gibt nähere Erläuterungen dazu.

3.6.3 Schritt 10: Pilotphase mit Leitfadenerprobung

Ziel des geplanten Probeinterviews war es, den Interviewleitfaden zu testen und gegebenenfalls zu modifizieren; gleichzeitig diente die Pilotphase als Schulung für die Interviewerin und letztlich zur Erprobung des geplanten Auswertungsverfahrens.

Das Probeinterview wurde Anfang November 2007 durchgeführt. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten aus der Dokumentenanalyse wurde eine Station ausgewählt, die im Ist-Soll-Vergleich positive Werte erzielte und so für die Hauptuntersuchung nicht in Frage kam.

Der Gesamtablauf des Gruppeninterviews wurde anhand der einzelnen Arbeitsschritte (Bortz und Döring, 2006) bereits in der Pilotphase durchexerziert und ist im folgenden Abschnitt in wesentlichen Zügen festgehalten:

Inhaltliche Vorbereitung

Zu Beginn der Pilotphase war die inhaltliche Planung durch die Interviewerin abgeschlossen und es stand fest, wer, wozu, wie interviewt werden sollte.

Organisatorische Vorbereitung

Mayer (2007) hält fest, dass die Kontaktaufnahme, die Rahmenbedingungen und der formale Ablauf wesentlich zum Gelingen eines Interviews beitragen.

Eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit den zu interviewenden Personen wurde durch die Interviewerin selbst vorgenommen; dabei waren folgende Punkte wesentlich:

- Was ist das Ziel der geplanten Untersuchung?
- Warum wurde gerade dieser Interviewpartner ausgewählt, wen repräsentiert er und welche Erwartungen werden an ihn gestellt?
- Welche Rahmenbedingungen sind abzuklären und zu fixieren (Informierende Einverständnisverklärung, Zeitpunkt, Dauer, Ort etc.)?

Die Autorin war bemüht, eine „standardisierte Interviewdurchführung" vorzubereiten, im Bewusstsein, dass äußere Merkmale der Interviewsituation einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse eines Interviews haben; lediglich der Ort musste nach dem ersten Interview verändert werden und blieb bis zum vierten Interview gleich.

Dieser Arbeitsschritt war zu dem Zeitpunkt beendet, als für die Autorin feststand, wann und wo die Interviews durchzuführen waren.

Gesprächsbeginn

Durch die gegenseitige Vorstellung und einem kurzen „Smalltalk" versuchte die Interviewerin, eine entspannte, aufgabenorientierte Gesprächsatmosphäre zu erzeugen und eine positiv-kommunikative Beziehung zu den Interviewpartnern aufzubauen.

Die Informationen betreffend Zielsetzung wurden kurz, einfach und der Sache angemessen gegeben und die Interviewpartner wurden über die Länge des Gespräches informiert.

Um etwaige Akzeptanzprobleme im Vorfeld abzubauen, wurden die Einverständniserklärung, die Tonbandaufnahme sowie die Zusicherung der Anonymität nochmals thematisiert.

Als Einstieg in die Interviewsituation wurde von Seiten der Interviewerin informell zum Thema des EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems mit allgemeinen Fragen, wie etwa Zufriedenheit bzw. Ablehnung, hingeführt.

Durchführung und Aufzeichnung des Interviews

Die Forscherin war sich dessen bewusst, dass die Qualität der Interviews nicht nur von der Qualität der gestellten Fragen abhängt, sondern auch von der Qualität ihrer Interviewführung.

Die Autorin – in ihrer Funktion als Interviewerin – war in dieser Rolle Anfängerin, so dass sie sich an den in der Literatur beschriebenen „Merkmalen eines guten Interviewers“ stark orientierte; einige wesentliche Merkmale sind nachstehend aufgelistet:

- Gute Interviewer hören aufmerksam zu und geben dem Befragten das Gefühl „da“ zu sein
- Gute Interviewer konzentrieren sich ganz auf ihre Gesprächspartner, beobachten aufmerksam deren Verhalten und verfügen über eine hohe Anpassungsfähigkeit
- Gute Interviewer treiben ihre Gesprächspartner nicht an, sondern warten ab
- Gute Interviewer vermeiden eine wissenschaftliche Sprache
- Gute Interviewer müssen ihr eigenes verbales und nonverbales Verhalten unter Kontrolle halten können und sind selbstkritisch
- Gute Interviewer sind auf der Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten (Tonbandaufnahme, Transkript etc.) (Bortz und Döring, 2006, Morse und Field, 1998)

Die Interviewerin verstand ihre Rolle (Mayer, 2007) in einer Position, die zwischen Fachfrau (der Untersuchungsgegenstand ist ihr vertraut) und einer naiven Lernbegierigen (nicht den Eindruck zu vermitteln, alles zu wissen) lag und sah ihre Hauptaufgabe darin, den Gesprächsablauf zu überwachen und zu steuern.
Sie wählte dabei einen weichen Kommunikationsstil.
„Weich ist ein Interview, wenn der Interviewer versucht, ein Vertrauensverhältnis zum Befragten zu entwickeln, indem er der Person des Befragten [….] seine Sympathie demonstriert“ (Grunow, 1978 zit. aus Lamnek, 2005, S. 343). Die Autorin signalisierte den befragten Personen, dass sie das Interview ernst nimmt, ernsthaftes Interesse daran zeigt, was die Befragten zu sagen haben und dass das Gesagte für die Forschung sehr wichtig ist (Mayer, 2007).

Gesprächsende
Das formelle Gesprächsende (bezogen auf die Interviewfragen) wurde durch das Abschalten des MB3-Rekorders markiert. In der daran anschließenden Phase des „informellen Gespräches“ wurden z. T. interessante und persönliche Äußerungen zum Thema seitens der Interviewpartner nachgeliefert bzw. die Gesprächssituation kommentiert.
Je nach Verlauf des Gesprächsendes wurde seitens der Interviewerin eingeladen „Offen-Gebliebenes“ zu deponieren.

Die Möglichkeit und die Bereitschaft zur Überprüfung des Interviewprotokolls wurden nochmals thematisiert sowie berufsspezifische Angaben der Interviewpartner aufgenommen.

Gesprächsnotizen
Zusätzlich zu den Tonbandaufzeichnungen wurde ein kurzes Protokoll über die Beobachtungen und Eindrücke während des Interviews angefertigt, um wichtige nonverbale Zusatzinformationen, die am Tonband nicht hörbar sind, festzuhalten.

Nach Abschluss des Probeinterviews transkribierte die Autorin unmittelbar danach die Antworten und überprüfte, ob diese Antworten jene Informationen enthielten, die für die Fragen der Studie aufschlussreich und nützlich waren. Das geplante Auswertungsverfahren (Kapitel 3.6.6) konnte anhand des Probeinterviews ebenfalls getestet werden.
Die Auswertung der Pilotphase kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Die organisatorischen Belange (z.B. Zeit, Dauer, Ort, Informierende Einverständniserklärung) fanden Zustimmung von Seiten der Interviewpartner und der Interviewerin; eine Veränderung war nicht nötig.
- Die Leitfadenfragen wurden von den Interviewpartnern als klar und verständlich rückgemeldet und die Reihenfolge zu den drei Themenbereichen konnte ebenso beibehalten werden. Die allgemeinen Fragen: „Wie geht es Ihnen grundsätzlich mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.®?“ und „Was sollte man Ihrer Meinung nach bei der Einführung neuer Mitarbeiter in das Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® beachten?“ wurden für die Hauptinterviews aus dem Leitfaden genommen, da sie einerseits den zeitlichen Rahmen sprengen und anderseits im informellen Gesprächsteil von den Interviewpartnern nur ansatzweise thematisiert wurden.
- Die Erfahrungen der Interviewerin waren durchwegs positiv; phasenweise war eine zu starke Dominanz der Interviewerin aus der Tonbandaufnahme zu verspüren. Die Interviewerin übte daraufhin in den Hauptinterviews stärkere Zurückhaltung.
- Die Auswertung verlief problemlos, so dass auch in diesem Bereich keine Veränderungen nötig waren.

Zum Abschluss der Pilotphase wurde von Seiten der Autorin festgestellt, dass die Befragungsergebnisse sowie die Hintergrundinformationen des Probeinterviews sehr auf-

schlussreich und auf die Forschungsfragen zutreffend waren, wobei das Probeinterview primär der formalen Überprüfung diente.

3.6.4 Schritt 11: Erhebungsverfahren – Problemzentriertes Gruppeninterview

Nach Reflexion der Pilotphase und der Optimierung in den oben beschriebenen Bereichen konnten die problemzentrierten Gruppeninterviews anhand des erstellten Leitfadens – unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien – plan- und zeitgemäß durchgeführt werden.
Betreffend die Auswahl der „Interviewstationen“ aus dem konservativen Fachbereich (Kapitel 3.6.2, Schritt 9) wurden Experten von Stationen interviewt, die lt. quantitativer Auswertung nicht am stärksten von den Soll-Werten abgewichen sind.
Im Allgemeinen hatten die Interviews Erzählcharakter. Die konkreten, aber dennoch offen gehaltenen Fragen wurden zum Großteil spontan beantwortet und die Interviewerin machte sequenzweise von den vorformulierten Unterfragen Gebrauch. Zum Teil eröffneten sich interessante Gruppendiskussionen.
In allen vier Gruppeninterviews wurden auch Themenbereiche eingebracht (siehe zusammenfassende Protokolle, Anhang 6), die im Interviewleitfaden nicht berücksichtigt waren, jedoch für die gründliche Erkundung der Thematik sehr wohl von Interesse sind.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen fanden bei den Interviewpartnern durchwegs hohe Akzeptanz.

Unmittelbar nach Durchführung der Gruppeninterviews begann die Autorin mit der Aufbereitung der Datenbestände.
Ein Zitat von Mayring (2002) bildet den Übergang zum folgenden Kapitel betreffend das gewählte Aufbereitungsverfahren.
„Durch Erhebungsverfahren versucht man der Realität Informationen zu entlocken; dieses Material muss aber erst festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann“ (Mayring, 2002, S. 85).

3.6.5 Schritt 12: Aufbereitung – Zusammenfassendes Protokoll

Die Aufbereitung des Materials wird von Mayring (2002) als „Zwischenschritt“ zwischen dem Erhebungs- und Auswertungsverfahren bezeichnet, mit dem Ziel, den Gegenstand exakt und angemessen beschreiben zu können.

Mayring führt weiter dazu aus, dass u.a. die Wahl der Darstellungsmittel eine wichtige Entscheidung bei der Materialaufbereitung ist. Das Darstellungsmittel soll gegenstandsangemessen und möglichst vielfältig sein.
Da das Material aus einer mündlichen Kommunikationsform (Interview) stammt, musste dieses für eine qualitative Auswertung verschriftlicht – „transkribiert" – werden.
Die Autorin entschied sich dafür, die zeitaufwändige Transkription selbst durchzuführen im Bewusstsein, dass mit dem Schritt der Protokollierung die Weichen für die Auswertung gestellt werden. Aus den von Mayer (2007) beschriebenen Grundformen der Transkription wurde die Form der „Übertragung in normales Schriftdeutsch" anhand eines Wortprotokolls ausgewählt, die auf eine rein inhaltliche Analyse abzielt und bei der die sprachlichen Aspekte keine Rolle spielen.
In einem ersten Schritt wurde der Inhalt des Tonbandes in chronologischer Abfolge direkt in den PC eingegeben. Die Interviewleitfragen bildeten dabei die Struktur. Im Gegensatz zu Mayrings (2002) Vorschlag – gleich vom Tonband aus eine Zusammenfassung vorzunehmen – wurde von der Autorin als Vorstufe zum zusammenfassenden Protokoll das Band wortgetreu übertragen. Auf eine kommentierte Transkription (Sonderzeichen, zusätzliche Kommentare) wurde mit Blick auf die Auswertung verzichtet. Um die Anonymität zu wahren, wurden in der schriftlichen Abfassung des Gespräches die Namen jeglicher Personen ausgelassen.
Ein Transkript pro Gruppeninterview umfasst bis zu zehn DIN A4 Seiten und erforderte eine Transkriptionszeit von bis zu 7 Stunden. Der Text wurde Zeile für Zeile durchnummeriert.
Das Wortprotokoll diente ausschließlich der Autorin zur Unterstützung im Analyse- und Auswertungsprozess.
Da die Art und Weise der Auswertung mit der angewandten Erhebungsmethode und der Zielsetzung der Untersuchung eng zusammenhängt, war die Autorin an dieser Stelle gefordert zu überlegen, welche Auswertungsstrategie für die vorliegende Arbeit in Frage kommt.
Im Rahmen verschiedener Auswertungsverfahren qualitativer Daten beschreibt Mayer (2007) das interpretativ-explikative und das interpretativ-reduktive Verfahren. Die Entscheidung für das „reduktive Verfahren" (nähere Ausführungen im Kapitel 3.6.6) machte es notwendig, bereits in der Datenaufbereitung die Materialfülle zu reduzieren und zusammenfassende Protokolle zu erstellen. Mayring (2002) empfiehlt die Zusammenfassungen unter Zuhilfenahme einer qualitativen Inhaltsanalyse vorzunehmen, damit diese streng methodisch kontrolliert ablaufen.

Von der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird in der vorliegenden Studie jedoch Abstand genommen, da dieses Vorgehen eher für ein Material geeignet ist, das in sehr offenen Erhebungsverfahren (z.B. offene Interviews) produziert wird, stark induktiv ist und sich an nicht vorab definierten Kategorien orientiert (Mayer, 2007). Bogner et al. (2005) sprechen sich dafür aus, dass bei Analyse von Experteninterviews, in denen Kontextwissen das Erkenntnisinteresse ist, die Transkription weniger umfassend ist, als bei der Analyse von Betriebswissen.
In den zusammenfassenden Protokollen (Anhang 6) wurde das Material von der Autorin so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte sowie die Struktur des Wortprotokolls erhalten blieben. Wörtliche Zitate von den befragten Experten sind in Anführungszeichen und in kursiver Schrift hervorgehoben; am Ende des Zitates ist die Rolle des Experten in Klammer angeführt. Zur Überprüfung der Gültigkeit der Ergebnisse wurden die zusammengefassten Protokolle den Interviewpartnern vorgelegt und von allen Experten vollinhaltlich akzeptiert. Die Freigabe der zusammenfassenden Protokolle ist durch die Unterschrift aller Experten belegt. In den Protokollen wurde der Text ebenso Zeile für Zeile durchnummeriert, damit die Fundstelle im Auswertungsteil angegeben werden konnte.
Mit dem Schritt der Transkription und des zusammenfassenden Protokolls findet ein fließender Übergang zur Auswertung statt, die im nächsten und letzten Schritt des qualitativen Studiendesigns genauer besprochen wird.

3.6.6 Schritt 13: Auswertung – Reduktive Datenanalyse

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt, wurde jenes Auswertungsverfahren qualitativer Daten verwendet, mit denen die Autorin die Forschungsfragen am besten beantworten konnte. Mayer (2007) führt dazu an, dass für qualitative Auswertungsverfahren keine fixen Standards existieren, wie sie in der Auswertung quantitativer Daten zur Verfügung stehen. Der kreative Prozess, der in der qualitativen Analyse durchaus zulässig ist und die einzelnen Schritte in abgewandelter Form übernimmt, erhebt jedoch den Anspruch, dass die Systematik der Datenanalyse sorgfältig beschrieben werden muss, um den Gütekriterien Nachvollziehbarkeit und Regelgeleitetheit gerecht zu werden.
Die in der Literatur vorgestellten interpretativ-reduktiven Verfahren weisen die zentralen Aspekte der Kodierung, Kategorisierung und Synthetisierung auf. Die reduktive Analyse wird von Mayer (2007) anhand des prinzipiellen Vorgehens (unabhängig von der einzelnen Methode) Schritt für Schritt beschrieben und von der Autorin übernommen. Dabei werden von der Autorin die von Bogner et al. (2005) beschriebene „interpretative Auswertungsstrategie“ für leitfadenorientierte Experteninterviews (welche sie als Modellvorschlag

verstanden wissen möchten) sowie der von Morse und Field (1998) beschriebene Weg der „Analyse nach Fragen“ in die Vorgehensweise eingearbeitet.

Schritt 1: Vertrautmachen mit dem Material, Erkennen inhaltlich wichtiger Stellen

Das zusammenfassende Protokoll wurde von der Autorin mehrere Male durchgelesen um die wichtigen Informationen für die Beantwortung der Forschungsfragen zu erkennen. In Verwendung eines Farbmarkers wurden die inhaltsrelevanten Stellen markiert und die Zitate der Experten speziell hervorgehoben.

Schritt 2: Kodierung und Kategorisierung

In der Auswertung der halbstrukturierten Leitfadeninterviews bildeten die Leitfadenfragen zu den einzelnen Themenbereichen (Analysedimensionen) die Hauptkategorien der Auswertung.

Zu den Hauptkategorien wurden in einer Top-down-Strategie (Mayring et al., 2005) entsprechende Kategorien (Überbegriffe) festgelegt, die wiederum auf die Forschungsfrage fokussieren. Bogner et al. (2005) prägen in diesem Zusammenhang den Begriff „Überschriften“.

Aus den zusammenfassenden Protokollen wurden die markierten Textstellen extrahiert und in einem Raster stichwortartig bzw. als Paraphrasen übertragen. Jene Ankerbeispiele, die eine Kategorie untermauern, wurden originalgetreu übernommen. Die Fundstelle aus dem zusammenfassenden Protokoll ist in Klammer angeführt (siehe unten).

Nach Meinung von Bogner et al. (2005) ist nicht die Redundanz das Problem des Paraphrasierens, sondern die Reduktion von Komplexität. Damit wird ein weiterer Schritt des Verdichtens des Textmaterials gesetzt. In der folgenden Abbildung 12 wird der Schritt der Kodierung und Kategorisierung grafisch dargestellt.

Hauptkategorie (Interviewfrage)
Kategorie/Überbegriff/Überschrift
Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate • ….. (Fundstelle: Code des Interviews/Zeilennummer; z.B. A/1-3) • …..

Abb. 12: Grafische Darstellung der Kodierung und Kategorisierung (Darstellung durch Autorin)

Schritt 3: Synthese aller Interviews in einem Kategorienschema

Nachdem das Datenmaterial jedes einzelnen zusammenfassenden Protokolls verkodet wurde, legte die Autorin im nächsten Schritt die verkodeten vier Gruppeninterviews zusammen. Auf dieser Stufe wurden die thematisch vergleichbaren Textpassagen „gefahndet", zusammengestellt und in den einzelnen Überbegriffen vereinheitlicht; Zitate der Experten blieben dabei unberührt. Damit entwickelte sich ein Kategoriensystem, in welchem sich das gesamte Material in verdichteter Form findet.

Im Modellvorschlag von Bogner et al. (2005) folgen noch die Schritte der „Soziologischen Konzeptualisierung" und der „Theoretischen Generalisierung". Das Ausmaß der Auswertung hängt allerdings von der Funktion des Experteninterviews im Forschungsdesign ab. Da Kontextwissen im Erkenntnisinteresse der Arbeit stand, kann nach Ausführungen der Autoren vor den oben angeführten letzten zwei Stufen abgebrochen werden.

Schritt 4: Herstellen von Zusammenhängen

Der letzte Schritt der reduktiven Datenauswertung versuchte Beziehungen zwischen den Kategorien bzw. Überschriften herzustellen und den interpretativen Prozess damit einzuleiten. In der vorliegenden qualitativen Studie wurden drei verschiedene thematische Felder (Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese – Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese – Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese) untersucht, die nur indirekt – über eine kritische Hinterfragung der Dokumentation der Pflegeanamnese – in Beziehung stehen und so ein Herstellen von Zusammenhängen nicht möglich machen. In der Diskussion der Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Triangulation lediglich Beziehungen zwischen den quantitativen und qualitativen Ergebnissen hergestellt und interpretative Prozessschritte durchlaufen.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Arbeitsschritte Aufbereitung (Schritt 12) und Auswertung (Schritt 13) der qualitativen Studie erfolgt in Abbildung 13 eine zusammenfassende Darstellung.

Schritt 12: Aufbereitung	
Transkription	• Wortprotokoll mit „Übertragung in normales Schriftdeutsch“; dient zur persönlichen Unterstützung der Autorin im Auswertungsprozess
Zusammenfassende Protokolle (Anhang 6)	• Interviewleitfragen bilden die Struktur • Wörtliche Zitate der Experten werden in Anführungszeichen und kursiver Schrift hervorgehoben • Rolle der Experten an versch. Stellen in Klammer angeführt • Interviews sind mit Code versehen: A, B, C und D • Zeilen sind durchnummeriert, um die Fundstelle im Auswertungsteil angeben zu können

↓

Schritt 13: Auswertung	
Schritt 1	• Im zusammenfassenden Protokoll werden die inhaltsrelevanten Stellen mit einem Farbmarker markiert
Schritte 2 und 3	• Zur Hauptkategorie (Leitfadenfrage) werden 1-2 Kategorien/Überbegriffe/Überschriften formuliert und festgelegt (auf den Fokus der Forschungsfrage gerichtet) • Die markierten Textstellen werden extrahiert, paraphrasiert bzw. originalgetreue Zitate der Experten den Kategorien zugeordnet und in einem Raster dargestellt. In Klammer wird die jeweilige Fundstelle aus dem zusammenfassenden Protokoll mit dem Code des Interviews (A-D) und der Zeilennummern angegeben (z.B. A/3-7) • Alle 4 Gruppeninterviews (Interview A – D) werden zusammengeführt und das Material verdichtet
Schritt 4	• Die Ergebnisse aus der qualitativen Studie werden mit den Ergebnissen aus der quantitativen Studie im Diskussionsteil (Kapitel 5) in Beziehung gebracht; vor dem Hintergrund der Triangulation wird der interpretative Prozess durchlaufen

Abb. 13: Zusammenfassende Darstellung der Arbeitsschritte „Aufbereitung und Auswertung“ der qualitativen Studie (Darstellung durch Autorin)

Nach Vorstellung des Studiendesigns kann zusammenfassend gesagt werden, dass zur Beantwortung der Forschungsfragen ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt wurde. Einerseits ist das Vorgehen theoriegeleitet, d.h., die vorhandenen Erkenntnisse zum Untersuchungsgegenstand wurden bewusst einbezogen (deduktiv), und andererseits ist das Vorgehen gegenstandsorientiert, also offen genug, um auf induktivem Weg neue Zusammenhänge entdecken zu können.
Die Mehrdimensionalität der Fragestellungen machte es notwendig, quantitative und qualitative Erhebungsverfahren miteinander zu kombinieren. Die Anwendung eines einzelnen Verfahrens würde zur Beantwortung der Fragen zu kurz greifen, da jeweils nur bestimmte Aspekte bzw. Ausschnitte erfassbar wären.
Durch die Methodenkombination im Sinne der Triangulation ist es dagegen möglich, aus verschiedenen Perspektiven auf das Untersuchungsfeld zu blicken, d.h. sowohl quantitative wie auch qualitative Daten zu erheben und damit ein möglichst umfassendes Bild vom Forschungsgegenstand zu erhalten.

3.7 Zur Güte der Studie

Gütekriterien, so genannte Maßstäbe, wurden für die empirische Forschung entwickelt, um die Qualität von Forschung bestimmen zu können.
Gütekriterien geben Auskunft darüber, ob die Art und Weise, wie Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande kommen, wissenschaftlich korrekt sind (Mayer, 2007).
In Abbildung 14 wird die Relevanz der Gütekriterien für die vorliegende quantitative und qualitative Studie herausgearbeitet.

Gütekriterien	Berücksichtigung in der vorliegenden Studie
Quantitative Studie	
Objektivität • Durchführungsobjektivität • Auswertungsobjektivität • Interpretationsobjektivität	Standardisiertes Vorgehen bei der Datenerhebung (Beschaffung der Erhebungsdaten anhand eines standardisierten Erhebungsbogens und auf EDV-gestütztem Weg (incl. Screenshot); zu einem bestimmten Zeitpunkt und durch die Forscherin persönlich). Der Erhebungsbogen beinhaltet in allen Items eine numerische bzw. kategoriale Auswertung. Die Interpretation der Ergebnisse orientiert sich an vorgegebenen Vergleichswerten bzw. Normen, die in der Einleitung und im theoretischen Teil verankert sind, um individuelle Deutungen hintan zu stellen.
Validität: • Externe Validität • Inhaltsvalidität	Für die Dokumentenanalyse werden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Auf der Grundlage der Forschungsfragen werden Analysedimensionen und Analysekategorien mit Items formuliert und bilden so in adäquater Form den Gesamtinhalt des vorgegebenen Konstruktes ab.
Qualitative Studie	
Verfahrensdokumentation	Die qualitative Studie ist auf den Untersuchungsgegenstand bezogen und die Methodik dafür speziell entwickelt. Mit der detaillierten Dokumentation des Forschungsprozesses (z.B. Zusammenstellung des Interviewleitfadens; Zusammensetzung des Sample mit Ein- und Ausschlusskriterien, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung) wird versucht, die Nachvollziehbarkeit für andere zu garantieren und das Vorgehen intersubjektiv nachprüfbar zu machen.
Argumentative Interpretationsabsicherung	Die Interpretationen sind mit schlüssigen Argumenten begründet um den intersubjektiven Nachvollzug zu gewährleisten.
Regelgeleitetheit	Das Material ist nach bestimmten Verfahrensregeln systematisch bearbeitet (siehe Schritt 11-13): Tonbandaufnahme – Wortprotokoll – Zusammenfassendes Protokoll – Kodierung und Kategorisierung – interpretativer Prozess
Nähe zum Gegenstand	Mit den Experteninterviews wird möglichst nahe an der beruflichen Alltagswelt der Diplompflegepersonen angeknüpft. Ein zentraler Punkt ist die Interessensübereinstimmung zwischen Interviewer und den Interviewpartnern.
Kommunikative Validierung	Die zusammengefassten Protokolle werden allen Interviewpartnern zur Absicherung der Ergebnisse vorgelegt und bei Bedarf mit ihnen diskutiert.
Triangulation	Mit der Verbindung von zwei Erhebungsmethoden (Dokumentenanalyse und Gruppeninterviews) zu einem Untersuchungsgegenstand wird versucht, die Qualität der Forschung zu erhöhen und damit ein höheres Maß an Validität der Forschungsergebnisse zu erzielen.

Abb. 14: Gütekriterien und ihre Relevanz für die Studie (Darstellung durch Autorin)

3.8 Ethische Überlegungen

Die mündliche Zustimmung zur Durchführung der Dokumentenanalyse im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® und zur Abhaltung der Gruppeninterviews mit Mitarbeitern erfolgte durch den Rechtsträgervertreter (Orden der Barmherzigen Brüder Wien), das Pflegecontrolling des Provinzialates sowie durch die Pflegedirektion des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien.

Die im Rahmen der Datenerhebung angefertigten Bildschirmkopien aus dem rechnergestützten Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® (sie beinhalten u.a. den Namen des Patienten) wurden anonymisiert. Die gespeicherten, quantitativen Daten wurden lediglich für die vorliegende Arbeit verwendet und lassen in keinster Weise Rückschlüsse auf den einzelnen Patienten zu, sodass eine Zustimmungserklärung des Patienten von der Autorin als nicht notwendig angesehen worden ist.

Mit der Zustimmung des Interviewpartners zur Informierenden Einverständniserklärung, war von Seiten der Autorin zu gewährleisten, dass die erste Kontaktaufnahme mit jedem Interviewpartner und das Gruppeninterview in einer diskreten und für die Person vertrauensvollen Umgebung stattfand. Das gesamte Interviewmaterial – die Tonbandaufnahmen, die elektronisch als Datei abgespeicherten Transkripte sowie der Ausdruck auf Papier – wurden vor fremdem Zugriff geschützt, nach Möglichkeit anonymisiert und das Material entsprechend der Richtlinien der wissenschaftlichen Praxis aufbewahrt.

Identifizierende Merkmale des Interviewpartners, seines Arbeitsplatzes sowie Merkmale dritter Personen wurden in der Ergebnisdarstellung vermieden und unkenntlich gemacht.

4 DARSTELLUNG und BESCHREIBUNG der ERGEBNISSE

Die Darstellungen und Beschreibungen der Ergebnisse werden im folgenden Kapitel nach den Forschungsfragen strukturiert und bilden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studie ab.

Im quantitativen Teil beziehen sich die Ergebnisse auf die Population bzw. Grundgesamtheit. Aus Platzgründen erfolgt die detaillierte Auswertung der 14 Normalpflegestationen im Anhang 5.
Im qualitativen Teil werden die Ergebnisse aller vier Gruppeninterviews in Form eines Kategorienschemas (Kapitel 3.6.6, Schritt 3) dargestellt; die Grundlage hierfür bilden die zusammenfassenden Protokolle, die im Anhang 6 abgedruckt sind.

Bevor auf die Ergebnisse der quantitativen Forschungsfragen eingegangen wird, erfolgt in Abbildung 15 die Darstellung der Zielpopulation und verfügbaren Population.

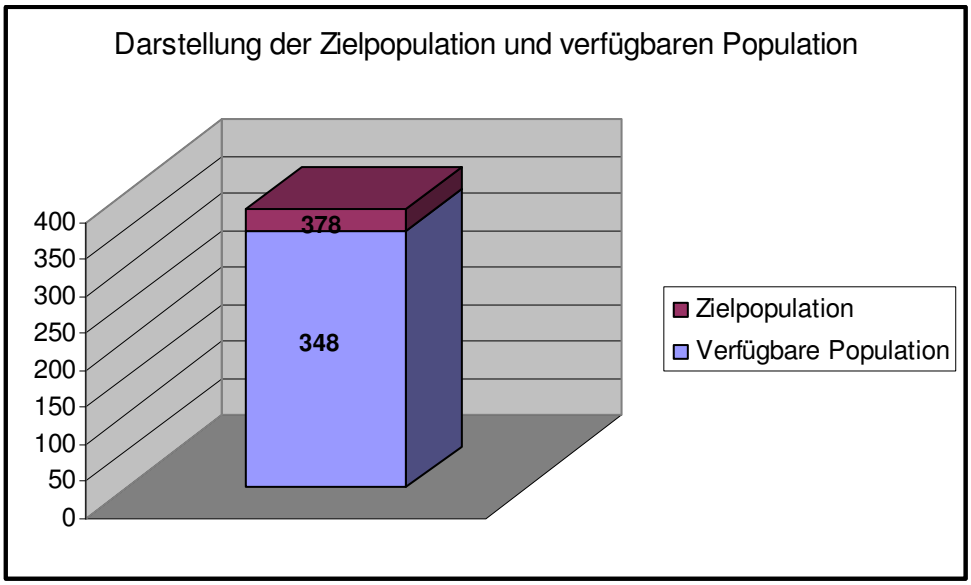

Abb. 15: Darstellung der Zielpopulation und verfügbaren Population
(Angabe von absoluten Häufigkeiten; N=378 bzw. n=348)

Die Datenauswertung der quantitativen Studie zeigt in Abbildung 15, dass ausgehend von der Zielpopulation N=378 – hierbei handelt es sich um die dokumentierten Pflegeanamnesen aller stationären Patienten der 14 Normalpflegestationen mit 378 systemisierten Betten – eine verfügbare Population von n=348, also jene dokumentierten Pflegeanamnesen der zum Zeitpunkt des Erhebungstages stationären Patienten, erfasst werden konnte.

4.1 Forschungsfrage 1

F 1: Wird der erste Schritt des Pflegeprozesses – die Pflegeanamnese – bei allen Patienten der Normalpflegestationen in der rechnergestützten Pflegedokumentation N.Ca.Sol.® dokumentiert?

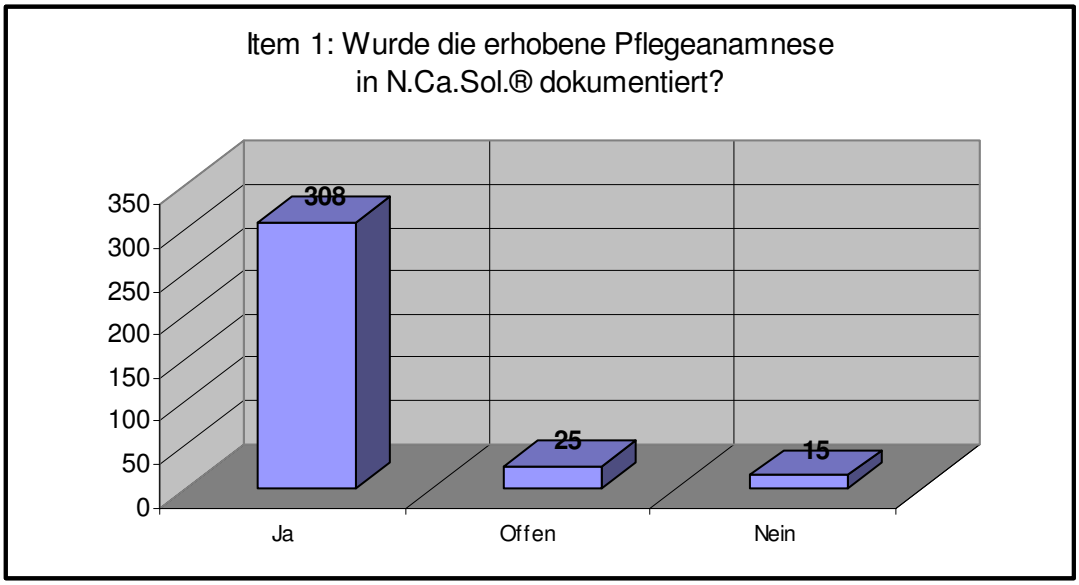

Abb. 16: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=348)

Die Ergebnisse zu Item 1 (Abbildung 16) zeigen, dass bei 308 stationären Patienten der Normalpflegestationen, das sind 88,5%, die erhobenen Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® dokumentiert sind. Bei 25 stationären Patienten (7,2%) bleibt zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Frage „offen“, mit der Begründung, dass die Patienten entweder am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert wurden und sich noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens der hausinternen Regelung (Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten) befinden.
Keine Pflegeanamnese ist bei 15 der insgesamt 348 stationären Patienten, das entspricht 4,3%, in N.Ca.Sol.® dokumentiert.

4.2 Forschungsfrage 2

F 2: Liegt der Zeitpunkt der erhobenen und dokumentierten Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen innerhalb von zwei Tagen nach deren Aufnahme?

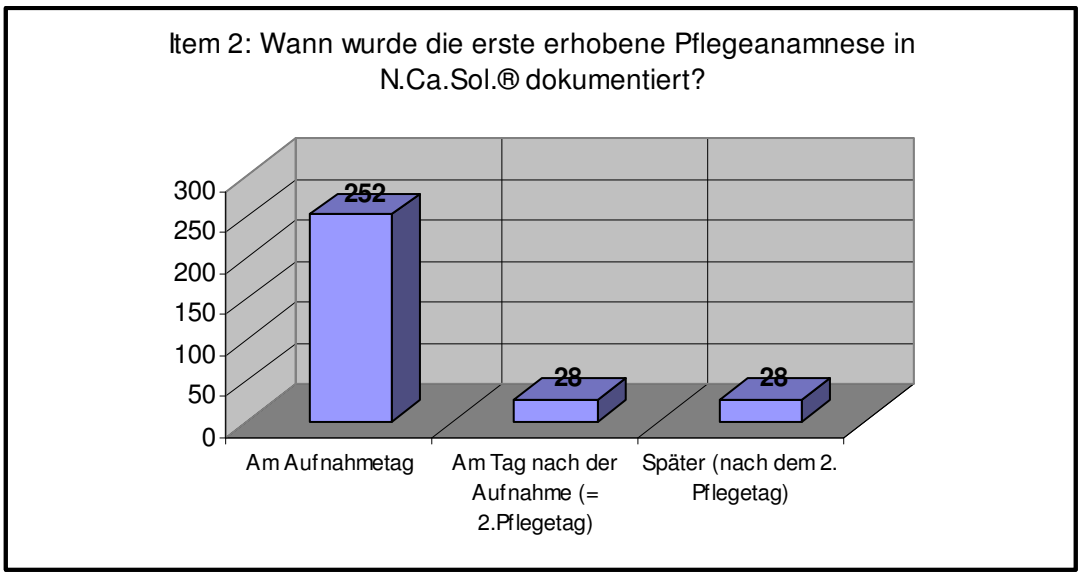

Abb. 17: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)

Abbildung 17 zeigt, dass von den 308 analysierten Pflegeanamnesen 252 Pflegeanamnesen am Aufnahmetag des Patienten erhoben und dokumentiert werden, während 28 Pflegeanamnesen am Tag nach der Aufnahme des Patienten (= 2. Pflegetag) in N.Ca.Sol.® festgehalten sind.

Die 280 Pflegeanamnesen (ergeben 90,9%) werden – entsprechend der hausinternen Regelung – im vorgegebenen Zeitraum erhoben und dokumentiert; 28 in N.Ca.Sol.® dokumentierte Pflegeanamnesen (ergeben 9,1%) werden hingegen „später (nach dem 2. Pflegetag)“ erfasst.

4.3 Forschungsfrage 3

F 3: Ist den Diplompflegepersonen die formelle Regelung hinsichtlich des Zeitraumes der zu erhebenden Pflegeanamnese (innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten) bekannt und welche Gründe werden für das Abweichen von dieser Regelung genannt?

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?
Aussagen/Angaben zur hausinternen Regelung
Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate: • Die Pflegeanamnese ist innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme des Patienten durchzuführen (A/3-4; B/3-4; C/3; D/3-4). • Die Pflegeanamnese ist innerhalb von 24 – 48 Stunden nach Aufnahme des Patienten zu erheben (D/5). • Das Wissen aller Mitarbeiter um die hausinterne Regelung wird von einem Stationsleiter in Frage gestellt (C/3-4). • Die Pflegeanamnese wird am Aufnahmetag des Patienten durchgeführt, außer es ist eine Fremdanamnese an diesem Tag nicht möglich (A/5-7). • Im operativen Akutbereich ist die Ersteinschätzung des Patienten am Aufnahmetag notwendig, um bei etwaigen Veränderungen in der folgenden Nacht eine Vergleichsmöglichkeit zum Aufnahmestatus des Patienten zu haben (B/5-10). • Die Regelung wird mündlich an neue Mitarbeiter bzw. Schüler weitergegeben (A/11-12; C/6-7; D/7-8). • Es besteht kein Bedarf an einer schriftlich festgehaltenen Regelung (C/7-8; D/9).

Abb. 18: Auswertung zu IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu ….% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

Gründe für das Abweichen von der Regelung

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Ein kleiner Prozentsatz fehlender Pfleganamnesen entfällt auf Übernahmepatienten von anderen Stationen (A/21-23; B/27-28; C/24-28).
- Mobile und selbständige (jüngere) Kurzzeitpatienten mit einem Krankenhausaufenthalt von 2 Pflegetagen (B/30-35; D/29), die nach Einschätzung der Experten auch keine Pflegeanamnese benötigen (C/15-20).
- Eine notwendige Fremdanamnese ist im vorgegebenen Zeitraum nicht erhebbar (A/24-25).
- Zeitmangel (A/24); Zeitmangel im operativen Fachbereich bedingt durch einen raschen Wechsel von Aufnahmen, Operationen und Entlassungen. Es wird betont, *„[….] dass die Pflegeanamnese in bestimmten Situationen die wenigste Priorität auf einer chirurgischen Abteilung hat“* (STL). Im Rahmen der (Akut-)Aufnahme des Patienten verschafft sich die DGKP ein Bild von ihm *„[….] und weiß, was zu tun ist, auch wenn noch keine schriftliche Pflegeanamnese vorliegt“* (DGKP) (D/18-24 und 30-32).
- Zeit- und Personalmangel an den „Wochenenden“ (D/14-15)
- Angespannte Personalsituation bedingt durch Krankenstände und Pflegeurlaub. *„Der Patient soll gut versorgt werden, alles rundherum soll passen und dann bleibt die Pflegeanamnese hängen.[…..] Mir ist sehr unangenehm, wenn bei einem pflegebedürftigen Patienten keine Pflegeanamnese gemacht wurde“* (STL) (B 19-26).

Abb. 19: Auswertung zu IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu ….% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

Aussagen/Angaben über die Sinnhaftigkeit der hausinternen Regelung

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Die Sinnhaftigkeit einer diesbezüglichen Regelung wird deutlich zum Ausdruck gebracht; eine Lockerung hätte nachteilige Auswirkungen und eine individuelle Vorgehensweise ist abzulehnen (A/39-40; B/39-40; C/33-34; D/36-37).
- Im Rahmen der Erhebung der Pfleganamnese findet ein Beziehungsaufbau statt, der eine wichtige Basis für die pflegerische Arbeit darstellt (C/34-35).
- Die Regelung soll ein „Anhaltspunkt/Richtwert" und keine „Verpflichtung" sein; im operativen Bereich ist in Einzelfällen (z.B. Aufenthalt auf Intensivstation) individuell vorzugehen (D/40-43).

Änderungsvorschläge bezüglich der hausinternen Regelung und erwünschte Unterstützungshilfen

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Der Zeitraum (2 Tage ab Aufnahme des Patienten) wird als zu großzügig eingestuft. *„Was passiert davor? Nach welchem Pflegekonzept, nach welchen Ressourcen will man den Patienten versorgt haben?"*(STL) (C/36-38)
- Der Zeitraum kann als „Spielraum" betrachtet werden, der nicht offiziell an neue Mitarbeiter weitergegeben werden soll (B/41-42 und 49).
- Die Erhebung der Pflegeanamnese hat am Aufnahmetag (innerhalb von 12-24 Stunden), im Besonderen bei pflegebedürftigen Patienten, stattzufinden, damit unmittelbar an die erhobene Pflegeanamnese die Pflegeplanung erstellt werden kann (B/42,45-48,50; C/39-41; D/44-46).
- Der „neu" gestaltete Stationsmonitorschirm bietet eine gute Übersicht über vorhandene bzw. ausständige Pflegeanamnesen (A/41-42; B/51-52; C/46-48; D/37-38).
- Eine zusätzliche Erinnerungsfunktion (neben der Übersicht am Stationsmonitor) wäre hilfreich; das in N.Ca.Sol.® verwendete Symbol der „roten Uhr" sollte auch für diesen Zweck installiert werden (A/42; D/38-40).

Abb. 20: Auswertung zu IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

4.4 Forschungsfrage 4

F 4: Wie viele Pflegeanamnesen wurden von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bei Patienten erhoben?

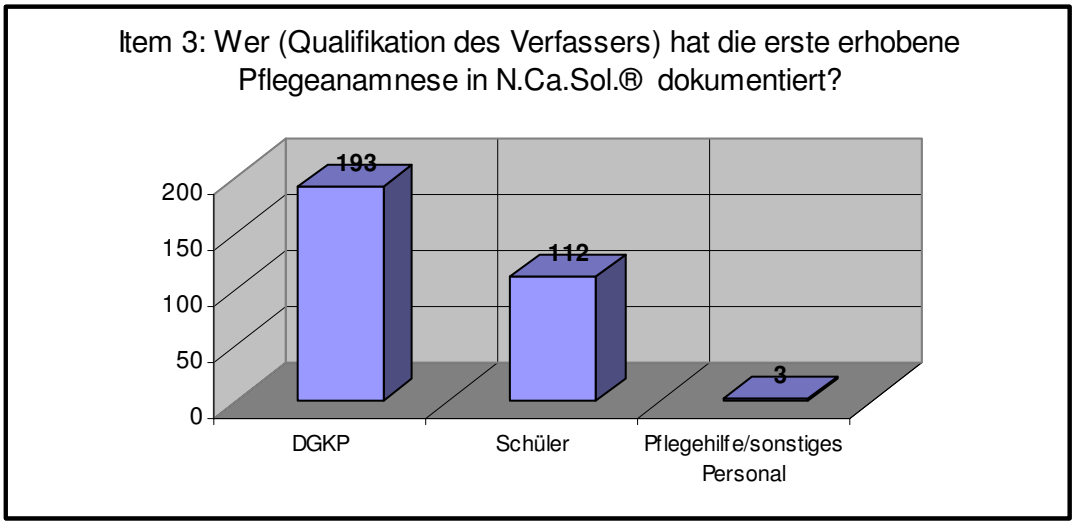

Abb. 21: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)

Die Datenauswertung zu Item 3 zeigt folgendes Ergebnis: 193 (62,6%) der in N.Ca.Sol.® dokumentierten Pflegeanamnesen – also fast zwei Drittel – werden von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erfasst, während bei 112 der EDV-gestützten Pflegeanamnesen (36,4%) „Schüler“ der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege die Verfasser sind. Von Pflegehilfen sind 3 Pflegeanamnesen (1%) dokumentiert, die lt. GuKG (1997) nicht dazu legitimiert sind, eine Pflegeanamnese zu erstellen; sie haben grundsätzlich in N.Ca.Sol.® nur eine Leseberechtigung, nicht jedoch eine Schreibberechtigung für die Erstellung der Pflegeanamnese. Dieser EDV-technische Fehler hinsichtlich der Vergabe der Benutzerrechte kommt erst im Zuge der vorliegenden Datenerhebung zum Vorschein.

Die folgende Abbildung 22 setzt die Verfasser der Pflegeanamnesen mit den Fachbereichen der Normalpflegestationen in Beziehung.

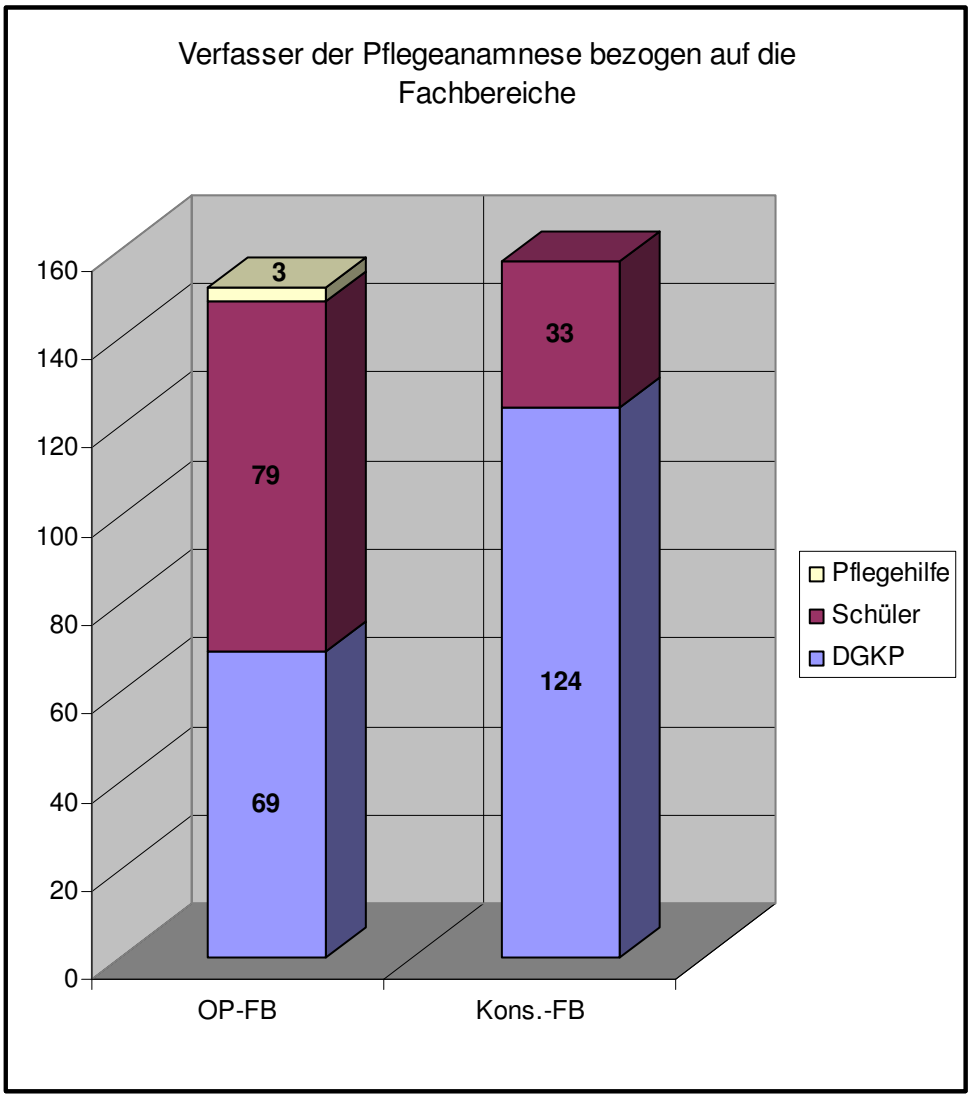

Abb. 22: Verfasser der Pflegeanamnese bezogen auf die Fachbereiche
(Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)

Von den insgesamt 193 in N.Ca.Sol.® dokumentierten Pflegeanamnesen durch DGKP entfallen 69 (35,75%) auf den operativen und 124 (64,25%) auf den konservativen Fachbereich.

Von den insgesamt 112 in N.Ca.Sol.® dokumentierten Pflegeanamnesen durch Schüler der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege entfallen 79 (70,54%) auf den operativen und 33 (29,46%) auf den konservativen Fachbereich. Die von Pflegehilfen dokumentierten 3 Pflegeanamnesen sind dem operativen Fachbereich zuzuordnen.

4.5 Forschungsfrage 5

F 5: Welche Überlegungen liegen zugrunde, wenn Diplompflegepersonen mehr als 30% der zu erhebenden Pflegeanamnesen an Schüler delegieren und wie rechtfertigen/verantworten sie ihr Verhalten?

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?
Voraussetzungen für das Übertragen der Pflegeanamnese an Schüler
Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate: • Bei Patienten, die weder eine aufwändige Pflege noch eine intensive medizinische Versorgung benötigen, wird die Erhebung der Pflegeanamnese ohne Bedenken an Schüler übertragen; *„[….]wenn ich mir auf den ersten Blick nichts erwarte, kann guten Gefühls der Schüler die Pflegeanamnese machen“* (PA) (B/56-57; D/53-55). • Die Stationsleitung macht sich ein Bild vom Schüler (beurteilt seine Krankenbeobachtung, sein Agieren in den Pflegeinterventionen, seine Pflegeberichtdokumentation), bevor ihm die Erhebung der Pflegeanamnese anvertraut wird. Nach der Einschätzung des Schülers werden ihm auch anspruchsvolle und „schwierigere“ Pflegeanamnesen anvertraut und anschließend kontrolliert (B/60-64). • Experten (PA, DGKP und STLV) betonen, dass es ihnen wichtig ist, den Schüler das erste Mal bzw. einmal persönlich zu begleiten, um einen Einblick hinsichtlich Gesprächsführung zu bekommen (A/55,58-60; B/69,71-73) *„Mir ist wichtig, dass ich das erste Mal dabei bin, unabhängig davon, in welchem Ausbildungsjahr der Schüler ist“* (DGKP) (C/57-59). In Zeitnot wird dieser Weg der Anleitung übersprungen und der Schüler nimmt eigenständig die Pflegeanamnese auf (B/75-76). • Schüler, die Praktika im selben Fachbereich absolviert haben, können bereits an den ersten Praktikumstagen eine Pflegeanamnese erheben (A/56-57). • Der Schüler wird durch eine anleitende diplomierte Pflegeperson vorbereitet und über die stationsspezifischen Aspekte im Vorfeld aufgeklärt und erlangt dadurch Sicherheit; der Patient hat in jedem Fall *„….] Kompetenz zu spüren“* (STL) (C/54-56,64-65,69-70; D/64-67). • Auf der Station bedeutet die Pflegeanamnese hauptsächlich „Schriftverkehr“, so dass das Erheben der Pflegeanamnese im operativen Fachbereich mit einer kleinen Einschränkung für eine bestimmte Patientengruppe *„….] keiner besonderen Qualifikation bedarf“* (PA) (D/77-79).

Abb. 23: Auswertung zu IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass ….% der dokumentierten Pflegeanamnesen von Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

Meinungen/Aussagen zum stationsspezifischen Prozentwert der durch Schüler erhobenen Pflegeanamnesen

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

Konservativer Fachbereich

- *„Es ist nicht die Hälfte und nicht mehr als die Hälfte – daher angemessen“* (STLV). *„Es kommt darauf an, welche Schüler da sind“* (PA). Schüler des 3. Ausbildungsjahres haben die Aufgabe, Patientengruppen zu übernehmen und sich einen Gesamtüberblick über die Patienten zu verschaffen; dafür eignet sich lt. Praxisanleiter das Erheben der Pflegeanamnese gut (A/75-80).
- In Anbetracht der geringen Anzahl an täglichen Neuerstellungen von Pflegeanamnesen wird der ermittelte Prozentsatz als verschwindend gering eingeschätzt (Wert befindet sich knapp um den Soll-Wert) (C/79-81).

Operativer Fachbereich

- Der stationsspezifische Wert, der nahezu doppelt so hoch ist wie der Soll-Wert des Hauses, wird als realistisch und angemessen eingestuft. Bei der hohen Anzahl an Kurzzeitpatienten wird die Erhebung der Pflegeanamnese vorzugsweise von Schülern vorgenommen (B/80-83).
- Der STL zeigt sich über das Ergebnis (es übersteigt erheblich den Soll-Wert) sehr überrascht; hingegen die DGKP und der Praxisanleiter nicht, *„[….] das kann ich mir auf jeden Fall vorstellen“* (PA); Gründe zum ermittelten Wert sind lt. Experten: Urlaub, Krankenstände und die Zuteilung von Schülern, die selbständig Pflegeanamnesen durchführen dürfen. *„Bei vielen Schülern im Praktikum eignet sich die Pflegeanamnese als eine gute Beschäftigung“* (PA). An Tagen, mit 6-7 Neuzugänge, kann es vorkommen, dass sämtliche Pflegeanamnesen von einem Schüler, „der dies gut kann und gerne macht“, erhoben werden (D/84-90,94-96).
- Kritik des Praxisanleiters ist, dass ein einziger Erhebungstag nicht wirklich aussagekräftig ist (D/90-91).

Meinungen/Aussagen zur Festlegung eines Soll-Wertes für das Haus
Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate: • Experten aus dem konservativen Fachbereich würden einen Soll-Wert ihrer Station mit 30 – max. 45% festlegen; ein Wert von 50% wird entschieden abgelehnt (A/81-82). • Experten aus dem operativen Fachbereich hinterfragen nicht explizit den Soll-Wert (B/83-84). • Experten aus dem operativen Bereich würden einen Soll-Wert seiner Station mit ca. 75-80% als angemessen erachten (dabei wird ein Bezug zur mobilen Patientengruppe hergestellt und die Zahlen beruhen auf einer subjektiven Einschätzung (D/97-102). • Experten aus dem konservativen und operativen Fachbereich merken an, dass bei der Festlegung eines Prozentwertes die abteilungsspezifischen Schwerpunkte mit zu berücksichtigen sind; eine diesbezügliche Regelung wird in Frage gestellt und kann max. als „Richtwert“ gelten (C/81-83; D/105-108). • Mit der Festlegung eines Prozentwertes ist zu bedenken, dass *„[….] in der Praxis womöglich der Schulungseffekt verloren geht, indem das Personal dazu verleitet wird, im Sinne einer gewissen Bequemlichkeit Aufgaben zur selbständigen Durchführung an die Schüler zu delegieren“* (STL) (C/83-85). • Der Stationsleiter erwähnt den – ihm bis dato unbekannten – Prozentwert (D/102-103).

Abb. 24: Auswertung zu IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass ….% der dokumentierten Pflegeanamnesen von Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

Angaben zur Rechtfertigung der Delegation

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Die befragten Experten betonen z. T. an dieser Stelle nochmals die Schritte der DGKP hinsichtlich der Anleitung und Begleitung, die im Zuge der selbständigen Erhebung der Pflegeanamnese durch Schüler passieren; es werden Vor- bzw. Nachgespräche mit den Schülern geführt oder bei Bedarf wird gemeinsam zum Patienten gegangen, wobei der Schüler der „Akteur" ist und die DGKP die „Beobachterrolle" einnimmt. Die Nachbesprechung mit dem Schüler wird betont. *„Ich lasse mir nicht die Pflegeanamnese von den Schülern machen und damit hat sich`s"* (DGKP) (A/60-65,85-92; B/64-66; C/62; D/59-64,66-67).
- Dadurch, dass sich die DGKP im Rahmen der Patientenaufnahme einen Ersteindruck vom Patienten verschafft, können die vom Schüler selbst erstellten Pflegeanamnesen durch die DGKP besser eingeschätzt werden und daraus resultierende Übereinstimmungen geprüft werden (A/96-98; B/87-89,94-96; D/114-117).
- Das Erheben der Pflegeanamnese durch den Schüler erfolgt durch gezieltes Delegieren; dabei haben nicht pflegebedürftige Patienten Vorrang (B/89-91).
- Als Kontrollschiene wird mit dem Schüler vereinbart: *„Wenn es was Wichtiges gibt, wenn etwas anders ist oder was Besonderes vorliegt, dann sage es mir"* (DGKP) (B/91-93).
- Als Rechtfertigung für das Delegationsverhalten der DGKP wird von den Experten die Schüleranleitung und –begleitung durch eine zugeteilte Pflegegruppe erwähnt, in der die DGKP die Letztverantwortung für den Schüler übernimmt (A/98-100; B/97-99; C/96-98).

Wünsche und Vorschläge an das Krankenhaus (nicht in der IF enthalten, jedoch relevant)

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Eine schriftliche Absicherung per DGKP-Code im Sinne einer Vidierung wird vorgeschlagen (C/73-74,92-95); hingegen von 2 Stationen abgelehnt (A/100-102; B/100-102).
- „Muss-Felder" (Felder, die unbedingt auszufüllen sind) sollten in der Pflegeanamnese als Hilfestellung ausgewiesen werden (A/92-93).
- Die Hinterfragung des Soll-Wertes wird hier nochmals betont (D/121-122).
- Die Experten der Station C sind sich einig, dass der notwendige Zeitaufwand für die Schüler investiert werden muss, denn *„[….] der Schüler von heute ist der Kollege von morgen"* (STL) (C/70-72).

Abb. 25: Auswertung zu IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

4.6 Forschungsfrage 6

F 6: Welche Form der elektronischen Datenerhebung – „Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ – wurde von den DGKP bzw. den Schülern gewählt?

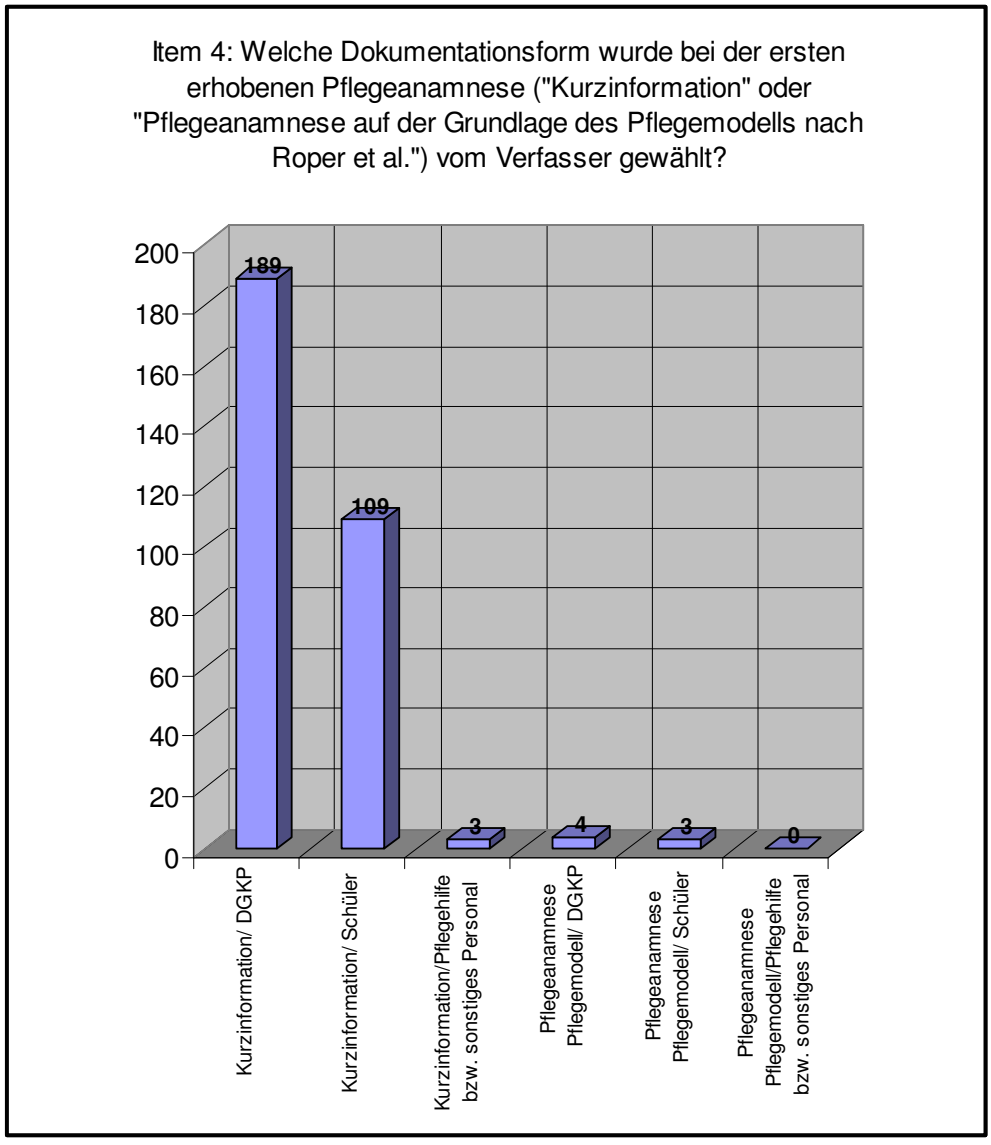

Abb. 26: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)

Von den zum Zeitpunkt der Datenerhebung insgesamt 308 dokumentierten Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® wird 189x die Dokumentationsform „Kurzinformation“ für die ersten

erhobenen Pflegeanamnesen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 109x von Schülern sowie 3x von Pflegehilfen gewählt.
Die Dokumentationsform „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“ wählen die Verfasser „DGKP“ nur 4x, „Schüler“ nur 3x, während die „Pflegehilfen“ diese Dokumentationsform in keiner der erhobenen Pflegeanamnesen heranziehen.
In Prozentwerten ausgedrückt, entfallen auf die Dokumentation „Kurzinformation“ insgesamt 97,7%; auf die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“ lediglich 2,3%.

4.7 Forschungsfrage 7

F 7: Welche Gründe geben Diplompflegepersonen für die von ihnen gewählte Dokumentationsform (Kurzinformation bzw. Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) an und wissen sie um deren Vor- und Nachteile für die gesamte Pflegeprozessdokumentation?

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

Unterschiede zwischen Kurzinformation und ausführlicher Dokumentationsform

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

Kurzinformation

- Diese Dokumentationsform ist als Kurzdatensatz zeitökonomischer und für den allgemeinen Bedarf ausreichend. Im Feld „Bemerkungen" kann alles Zusätzliche und Wichtige noch vermerkt werden (A/120-122; B/112-115).
- Die Kurzinformation verschafft einen guten Überblick über den Zustand des Patienten und deckt den Bedarf der Ersteinschätzung der mobilen und selbständigen Patienten im operativen Fachbereich gut ab; dabei müssen die 4 Freitextfelder (Mobilisation, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung) vollständig und mit aussagekräftigem Text versehen sein. *„[….] Kurzinformation bitte lassen"* (PA) (B/112-117; D/128-136).
- Bei der Kurzinformation werden lediglich Informationsfelder ausgefüllt. *„[….] Mit der Kurzinformation ist ein Blatt ausgefüllt, das die Bezeichnung Pflegeanamnese nicht verdient"* (STL) (C/102-103,107-109).

Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells

- Diese Dokumentationsform ist länger und zeitaufwändiger und kommt daher eher nur in Ausnahmefällen, in denen Problembereiche vorliegen, in Frage. *„Man benötigt viele Ressourcen um die lange Version durchzugehen [….]"* (PA). *„Den langen Weg kann man gar nicht geh`n – ich wäre nicht auf diese Idee gekommen"* (STLV) (A/110-115,117; B/108-109).
- Der Prozess der Datenerhebung erfolgt bewusster und genauere Daten gehen daraus hervor, da grundsätzlich *„[….] in den Lebensaktivitäten alles verpackt ist [….]"* (PA) (B/110-112).
- Mit der Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells werden Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen erhoben; daraus werden dann Hypothesen gebildet und im Anschluss daran wird die Pflegeplanung erstellt. *„Mit der Pflegeanamnese setze ich den Pflegeprozess in Gang, während ich mit der Kurzinformation nichts in Gang setze […."* (STL) (C/104-107).
- Die ausführliche Pflegeanamnese ist lt. STL individueller und der daraus resultierende Pflegeplan geht mit der Pflegeanamnese in den Problembereichen völlig konform (D/126-128).

Abb. 27: Auswertung zu IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

Positive/negative Auswirkungen der Dokumentationsform „Kurzinformation" auf den diagnostischen Prozess

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

Positive Auswirkungen

- Durch die langjährige Praxiserfahrung der DGKP kann ein entsprechendes Augenmerk auf gezielte Fragen gelegt werden; die Kurzinformation reicht daher völlig aus; *„man weiß was man fragt, um nichts zu übersehen"* (A/128-131).

Negative Auswirkungen

- Die Kurzinformation ist mit den NANDA-Pflegediagnosen nicht verknüpft (B/123).
- Bei der Kurzinformation werden die Ressourcen und Defizite des Patienten nicht oder nur unzureichend erfasst und im pflegerischen Alltag häufig nur mündlich übermittelt. *„Wir überspringen sozusagen die lange Version der Pflegeanamnese"* (DGKP) (B/128-132; C/116-118).
- Es wird befürchtet, dass mit der Kurzinformation und dem Einsatz der Pflegepfade (stand. hauseigene Pflegepläne) das Wissen um den Pflegeprozess verschüttet wird (C/118,126-127).
- Die ausführliche Pflegeanamnese führt zu den Pflegediagnosen, hingegen *„[….] bei der Kurzinformation ist der Weg zu Ende"* (STL) (D/140-141).

Positive/negative Auswirkungen der Dokumentationsform „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells" auf den diagnostischen Prozess

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

Positive Auswirkungen

- Bei Besonderheiten wird auf die eine oder andere Lebensaktivität (Roper et al.) zurückgegriffen, um eine adäquate Pflegeplanung erstellen zu können (A/132-133).
- Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells führt zu den Pflegediagnosen nach NANDA und bedeutet theoretisch gesehen eine Erleichterung in der Dokumentation. Durch die EDV-gestützte Dokumentation könnte Zeit gewonnen werden, die dann für die direkte Pflege positiv genützt werden kann (D/140-143; C/132-137).
- Die Verwendung einer einheitlichen Pflegefachsprache, wodurch auch Mitarbeiter mit nicht deutscher Muttersprache eine große Unterstützung erfahren (D/143-145).
- Durch das In-Gang-Setzen des Pflegeprozesses werden Ressourcen und Defizite erhoben, Hypothesen generiert und eine „individuelle Pflegeplanung" erstellt (C/113-116; A/126-127).
- Mit dieser Dokumentationsform setzt sich die DGKP intensiver mit dem Pflegeprozess auseinander und im Pflegeplan bilden sich die Bedürfnisse /Ressourcen des Patienten ab (C/120-123).

Von den Experten werden keine negativen Auswirkungen angeführt.

Abb. 28: Auswertung zu IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Wahlmöglichkeit beider Dokumentationsformen für die Zukunft und Vorschläge an das Krankenhaus

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

- Die befragten Experten sprechen sich dafür aus, dass die Wahlmöglichkeit zwischen beiden Dokumentationsformen weiterhin bestehen bleibt (A/143; B/135).
- Die Kurzinformation ist zu eliminieren; mit der Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells würde man hausintern einheitlich und verbindlich den rechtlichen Aspekten des Pflegeprozesses auf allen Stufen gerecht werden (C/141-143).
- Für den unmittelbaren Stationsbedarf genügt die „Kurzinformation"; auch für die pflegebedürftigen Patienten der jeweiligen Station (D/156,152-153).
- Da die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells zu ausführlich erscheint, empfehlen die Experten eine Kombination beider Dokumentationsformen im Sinne einer *„ausführlicheren Kurzinformation mit einer verknüpften Version zu den Pflegediagnosen"* (STL, PA, DGKP) (D 157-160).
- Im Zuge der Fragestellung werden zur Kurzinformation Schwachstellen aufgezeigt und Optimierungsvorschläge gemacht (z.B. Installierung fehlender Textfelder, Vergrößerung der Freitextfelder, optische Aufbereitung des Anamneseschirmes) (A/147-153; B/136-138; C/146-148).

Angabe von Patientengruppen bzw. Fachbereichen für die Erfassung mit der jeweiligen Dokumentationsform

Extrahierte Textstellen/Paraphrasen/Beispielzitate:

<u>Einsatz der „Kurzinformation"</u>

- Patienten mit kleineren chirurgischen Eingriffen (B/152)
- In der Reflexion des Patientenklientel der Station, meint der STL: *„Die Kurzinformation würden wir bei unseren Patienten nicht anwenden müssen"* (STL) (C/161-162).

<u>Einsatz der „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells"</u>

- Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, z.B. demente Patienten, multimorbide Patienten mit schlechterem Allgemeinzustand, Patienten im konservativen und onkologischen Bereich (A/156-159; B/152-153).
- Pflegebedürftige Patienten, die mit der Rettung ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen sowie Gefäßpatienten (B/151-152).
- Patienten, die länger als 2 Tage auf Hilfe angewiesen sind und ein Defizit aufweisen (C/156-157).

Abb. 29: Auswertung zu IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

4.8 Forschungsfrage 8

Bevor auf die Ergebnisse der achten und letzten Forschungsfrage eingegangen wird, erfolgt in Abbildung 30 die Darstellung der verfügbaren Population und die Anzahl der Patienten ab dem dritten Pflegetag.

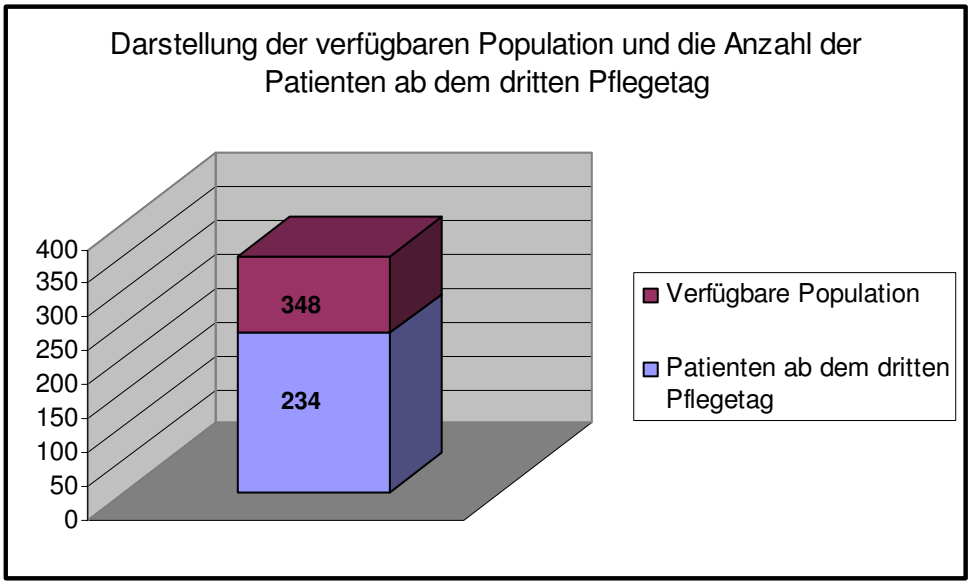

Abb. 30: Darstellung der verfügbaren Population und die Anzahl der Patienten ab dem dritten Pflegetag (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=348 bzw. n=234)

In Abbildung 30 zeigt die Datenauswertung der quantitativen Studie, dass von den insgesamt 348 zum Zeitpunkt des Erhebungstages stationären Patienten (= verfügbare Population) 234 Patienten ab dem dritten Pflegetag hospitalisiert sind.
Die Aufenthaltsdauer bildet die Grundlage für die Analysedimension „Aktualisierung der Pflegeanamnese“.

F 8: Ist aus der Dokumentenanalyse ersichtlich, ob die Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten – ab dem dritten Pflegetag – aktualisiert wurde?

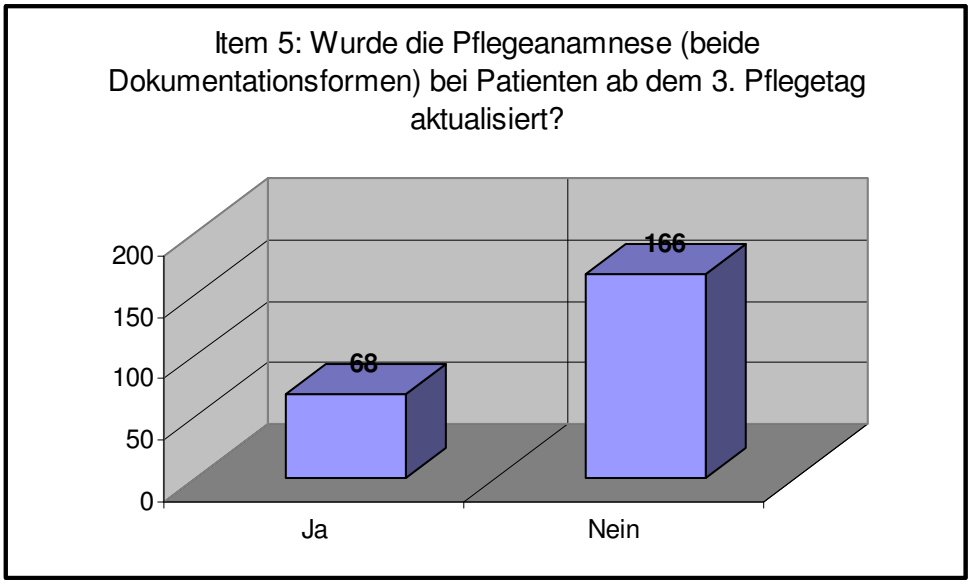

Abb. 31: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=234)

Die Ergebnisse von Item 5 werden in der folgenden Abbildung 32 entsprechend den Fachbereichen der Normalpflegestationen differenziert dargestellt.

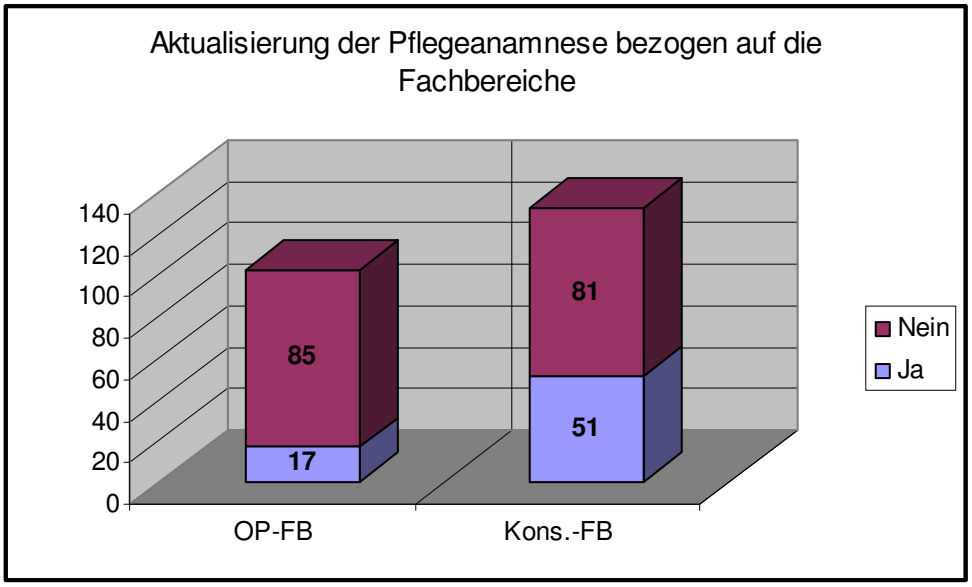

Abb. 32: Aktualisierung der Pflegeanamnese bezogen auf die Fachbereiche (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=234)

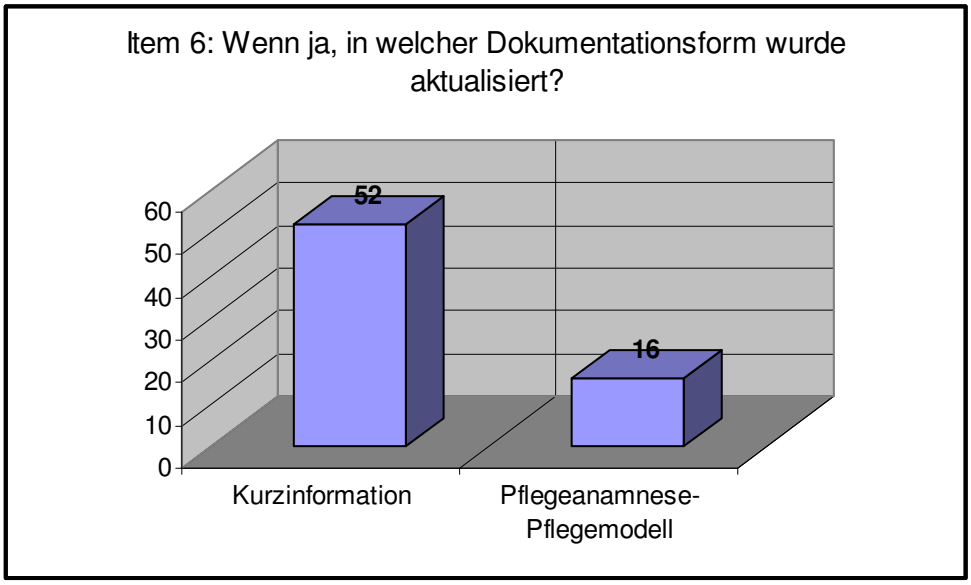

Abb. 33: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=68)

Die Ergebnisse zu Item 5 (Abbildung 31) zeigen die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentationen von 234 stationären Patienten, die sich drei Pflegetage und länger in stationärer Pflege befinden.

Bei 68 rechnergestützten Pflegedokumentationen, das sind 29,1%, werden die Pflegeanamnesen aktualisiert, während bei 166 Dokumentationen, das sind 70,9%, keine Aktualisierung der Pflegeanamnesen stattfindet.

Von den 68 aktualisierten Pflegeanamnesen entfallen 17 (25%) auf den operativen und 51 (75%) auf den konservativen Fachbereich. Von den 166 nicht aktualisierten Pflegeanamnesen sind 85 (51,20%) dem operativen Fachbereich zuzuordnen, während 81 (48,80%) auf den konservativen Fachbereich entfallen (Abbildung 32).

In der Analyse der 68 aktualisierten rechnergestützten Pflegeanamnesen (Item 6, Abbildung 33) sind mehr als zwei Drittel (76,5%) in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erstellt und nur 16 (23,5%) der aktualisierten Pflegeanamnesen sind in der Dokumentationsform „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“ festgehalten.

5 DISKUSSION

Im folgenden Kapitel wird zunächst die in der Arbeit eingesetzte Methodik – das quantitative und qualitative Studiendesign – kritisch reflektiert und diskutiert. Im weiteren Verlauf der Diskussion werden die Ziele und Forschungsfragen aufgegriffen; dabei werden die Ergebnisse aus der quantitativen und qualitativen Studie zueinander in Beziehung gesetzt. Weiters wird vor dem Hintergrund der Triangulation der interpretative Prozess durchlaufen und mit aktueller Literatur untermauert.

5.1 Diskussion der Methodik

5.1.1 Triangulation

Das in der vorliegenden Arbeit angewandte Forschungsdesign orientierte sich grundsätzlich an den Forschungsfragen und an der Problemstellung. Die Autorin versuchte die Vorteile beider Forschungsansätze – quantitativ wie auch qualitativ – zu nutzen, um die Fragen zu beantworten, die Probleme zu lösen und ein klareres Bild vom Forschungsgegenstand durch die Kombination der zwei Perspektiven zu erhalten.

In Wissenschaftskreisen, so auch in der Pflegewissenschaft, wird die methodenübergreifende Triangulation kontrovers diskutiert. Als größtes Hindernis für eine Kombination der beiden Ansätze wird dabei angeführt, dass qualitative und quantitative Ansätze unterschiedliche Auffassungen von Realität und von Wissenschaftlichkeit haben, dass sie jeweils unterschiedlichen Dingen Bedeutung beimessen und dass sie unterschiedliche Sprachen sprechen (Mayer, 2007). Mayer (2007) bringt auch unmissverständlich zum Ausdruck, dass bei einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden wesentliche Punkte zu berücksichtigen sind, die von der Autorin der vorliegenden Arbeit in kritischer Form diskutiert werden. Zum einen muss jede Methode in sich selbst *konsistent* sein. In der Abhandlung des quantitativen und qualitativen Studiendesigns wurden von der Autorin die Grundsätze beider Forschungsansätze vom Beginn der Untersuchung bis zum Ende konsequent eingehalten. Im Weiteren soll die Methode für das zu beforschende Problem auch *angemessen* sein. Daher wurde nach sorgfältigen Überlegungen das problemzentrierte, halbstrukturierte Gruppeninterview mit Experten anhand eines Interviewleitfadens für das qualitative Studiendesign festgelegt. Eine weitere Absicherung kann im Zusammenhang mit der Auswertung der qualitativen Studie angeführt werden, nämlich die begründete Aussage, dass von der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring Abstand genommen wurde. Schließlich wurde versucht, den *unterschiedlichen Philosophien und*

Zielen der quantitativen und qualitativen Forschung *Rechnung* zu *tragen* und beiden Ansätzen einen gleichberechtigten Stellenwert einzuräumen.
Die Forderung, dass die Triangulation eine Integration beider Ansätze durch den gesamten Forschungsprozess bildet, kann für die vorliegende Studie nur in Teilbereichen zufriedenstellend umgesetzt werden. Die Methoden wurden oft nur sequentiell verknüpft und der Versuch der Integration beider Ansätze lief häufig auf ein „Nacheinander" bzw. auf ein „Nebeneinander" hinaus, das sich beispielsweise auf der Ebene des Forschungsdesigns zeigt. Am stärksten konzentriert sich in der vorliegenden Studie die Integration beider Ansätze auf der Ebene der Verknüpfung der Ergebnisse (Kapitel 5.2). Die Ergebnisse liegen in unterschiedlichen Facetten vor und zu quantitativ-numerischen Daten können auf die Frage nach dem „Warum" anhand der Ergebnisse der qualitativen Studie, Antworten gegeben werden.

5.1.2 Quantitative Studie

Die Beurteilung des methodischen Vorgehens in der quantitativen Studie erfolgte durch die Autorin anhand der Gütekriterien. Die Gütekriterien – Objektivität und Validität – finden insofern Berücksichtigung, als diese durch einen Pretest geprüft wurden. Es kann von einer hohen Durchführungsobjektivität gesprochen werden, da die Autorin ein standardisiertes Vorgehen bei der Datenerhebung festlegte. Mit der numerischen und kategorialen Auswertung wurde ebenso eine hohe Auswertungsobjektivität erreicht und die Interpretation der Ergebnisse lässt keine individuellen Deutungen der Forscherin zu, da sie sich an den vorgegebenen Vergleichswerten bzw. Normen der vorliegenden Arbeit orientierte. Das Gütekriterium Reliabilität konnte beispielsweise in Verbindung mit dem Pretest und der Hauptuntersuchung nicht getestet werden, weil die dafür notwendigen Voraussetzungen von zeitstabilen Merkmalen und Eigenschaften nicht geschaffen werden konnten.
Mit der Wahl der „Vollerhebung" können umfassendere und verallgemeinernde Aussagen zum Untersuchungsgegenstand im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder getroffen werden.
Die Kritik eines Experten im Rahmen des Gruppeninterviews – „ein einziger Erhebungstag ist nicht wirklich aussagekräftig"(D/91) – ist nachvollziehbar und gerechtfertigt. Von Seiten der Forscherin war die geeignete Form der Datenerhebung mit einem langen Denkprozess verbunden. Es wurden Alternativen von Erhebungsmodi angedacht, die sich auf mehrere Erhebungstage pro Station bezogen. Um beispielsweise die Fallzahl der Neuzugänge zu erhöhen und mehrere Erhebungstage zu untersuchen, hätte man die Datenerhebung pro Station am Montag, Dienstag *und* am Mittwoch durchführen können. Eine

andere Vorgehensweise in der Datenerhebung wäre Folgende: Die Erhebung einer Station erfolgt am Montag der 40. KW (Kalenderwoche) und am Dienstag der 41. KW sowie am Mittwoch der 42. KW des Jahres 2007, d.h. an drei unterschiedlichen Wochentagen in drei aufeinanderfolgenden Kalenderwochen.
Mit den oben angeführten Möglichkeiten hätte man einerseits, statt einem Erhebungstag einen Erhebungszeitraum erreicht, andererseits Verzerrungen (z.B. ist die Anzahl der praktizierenden Schüler an den Erhebungstagen unterschiedlich; Patienten mit längerem Krankenhausaufenthalt werden mehrere Male erfasst) in Kauf nehmen müssen.
Ob sich die Erweiterung der Datenerhebung über einen Tag hinaus mit dem relativ hohen Aufwand der Durchführung und Auswertung gelohnt hätte, liegt im Bereich der Spekulation und muss daher offen bleiben.

5.1.3 Qualitative Studie

In der qualitativen Studie entschied sich die Forscherin für eine „gezielte Stichprobe“ mit dem Vorteil der relativ leichten Verfügbarkeit der Stichprobe, aber auch gleichzeitig mit dem erhöhten Verfälschungsrisiko und der begrenzten Verallgemeinerung, wie sie Lo-Biondo-Wood und Haber (2005) beschreiben. Damit sensibilisiert die Forscherin den Kritiker für die Grenzen dieser Auswahlstrategie und macht bewusst, dass die Ergebnisse der Studie eher „zurückhaltend“ betrachtet werden müssen. Im Bewusstsein der Gefahren einer gezielten Stichprobe wählte die Autorin ein angemessenes, systematisches Vorgehen bei der Stichprobenauswahl und legte im Design fest – wer, wie und warum – ausgewählt wurde, mit dem Ziel, exakte und aussagekräftige Ergebnisse zu bekommen und ihre Verallgemeinerbarkeit für die Population (gesamter Pflegedienst am Haus) zu erhöhen.
Im Fall einer Wiederholung der vorliegenden Studie weist die Autorin kritisch darauf hin, dass die Auswahl der vier Stationen für das Gruppeninterview von der stärksten Abweichung der Soll-Werte bestimmt wurde, jedoch die Priorität der beiden relevanten Parameter (Item 2 und 3) nicht genau definiert wurde.
Eine Frage, die oft im Kontext qualitativer Forschungsmethoden steht, ist die der Subjektivität. Die Forscherin hatte ein Vorverständnis von ihrem Untersuchungsgegenstand, einem Konglomerat aus Vorwissen, Untersuchungsergebnissen, Fachgesprächen und Erkenntnissen aus der Literaturrecherche. Dieses Vorverständnis wurde am Beginn der Untersuchung offen gelegt und am Untersuchungsgegenstand weiterentwickelt, so dass der Einfluss desselben eingeschätzt werden kann.
Die Autorin möchte den Interviewer Bias nicht unerwähnt lassen. Einerseits war die Forscherin in der Funktion als Interviewerin Anfängerin und andererseits wurden aus einer

gewissen Erwartungshaltung hinsichtlich der Antworten der Interviewpartner die Unterfragen zu den einzelnen Leitfadenfragen phasenweise unbewusst lenkend eingesetzt.
Inwieweit die Lehrerrolle der Interviewerin Einfluss auf die Beantwortung der Interviewfragen (IF 5.1 bis IF 5.3) zum Thema „Praktische Ausbildung der Schüler“ hatte und unter Umständen zu „beschönigenden Versionen“ führte, lässt sich nicht eindeutig beantworten.
Auf einen weiteren Kritikpunkt an der qualitativen Studie weist die Autorin hin, dass nämlich mit der Top-down-Strategie die größtmögliche Systematik und ein regelgeleitetes Vorgehen erzielt werden kann, jedoch diese unter mangelnder „Offenheit“ leiden (Mayring et al., 2005).
Die Interviewerin versuchte trotz des deduktiven Ansatzes mit induktiven Schritten zu ergänzen, um Zugang zur subjektiven Sicht der Experten zu bekommen und die Augen für Unerwartetes offen zu haben.
Mit der Unterschrift aller Experten für die Freigabe der zusammenfassenden Protokolle wurde der vollständige Inhalt wie auch die Verdichtung des Materials bestätigt.
Die Auswahl von vier Interviews mag gering erscheinen. Die Erkenntnisse, die in diesen Interviews gesammelt wurden, weisen zum Einen eine hohe Ähnlichkeit auf (eine gewisse Datensättigung wurde erreicht), zum Anderen decken sie in der Breite einen relativ weiten Bereich ab, der dadurch zustande kommt, dass die beiden Fachbereiche in der Akutpflege erfasst wurden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Struktur des folgenden Kapitels bilden die „Analysedimensionen“ der vorliegenden Arbeit; sie subsummieren die quantitativen als auch die qualitativen Forschungsfrage(n) zu den jeweiligen Themenbereichen.
Nach Ausführungen der Autoren Kelle und Erzberger (2000, 2003 zit. nach Flick, 2004) werden drei Möglichkeiten hinsichtlich der Verknüpfung beider Forschungsansätze auf der Ebene der Ergebnisse unterschieden, auf die in weiterer Folge Bezug genommen wird:
Erstens können Ergebnisse *konvergieren*, d.h. vollständig, generell, tendenziell oder partiell übereinstimmen; zweitens können Ergebnisse *komplementär* zueinander sein, z.B. vertiefend, detaillierend, erklärend, erweiternd etc., und drittens können Ergebnisse *divergent* sein, d.h. Ergebnisse zeigen vollständig, generell, tendenziell oder partiell eine andere Sichtweise.
Auf diese Weise werden zur Beantwortung der Forschungsfragen und den damit verbundenen Zielsetzungen der vorliegenden Untersuchung die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert.

5.2.1 Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese

F 1: Wird der erste Schritt des Pflegeprozesses – die Pflegeanamnese – bei allen Patienten der Normalpflegestationen in der rechnergestützten Pflegedokumentation N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die erhobenen Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® zu 88,5% dokumentiert werden; bei 7,2% bleibt die Frage offen, da sich die Patienten noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens der hausinternen Regelung (Erhebung der Pflegeanamnesen innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten) befinden und bei 4,3% wird keine Pflegeanamnese dokumentiert.

Die gesetzliche Basis für die Durchführung des Pflegeprozesses im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich und in der Erfüllung der Berufspflicht der Pflegedokumentation bildet das GuKG (1997), das Berufsrecht der Pflegenden.
Wesentlich dabei zu betonen ist, dass die Eigenverantwortlichkeit nicht als verzichtbares Recht zu sehen ist, das die Pflegepersonen in Anspruch nehmen können oder nicht, sondern dass sie innerhalb der Berufsausübung der Pflegenden eine unverzichtbare Pflicht ist, die erfüllt werden muss (Weiss-Faßbinder/Lust, 2006).
Analog zum GuKG (1997) geht aus dem Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) (2002) die Verpflichtung hervor, Krankengeschichten anzulegen, in denen u.a. die pflegerischen Leistungen beschrieben sind. Die Krankengeschichte muss von der Person geführt werden, die für die erbrachten Leistungen verantwortlich ist – hinsichtlich des medizinischen Prozesses ist das der Arzt, hinsichtlich des Pflegeprozesses der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (KAKuG 2002, §10 (1)).
In den Patientenrechten ist festgehalten, dass der Patient gegen angemessenen Kostenersatz Kopien der Pflegedokumentation zu erhalten hat (Patientenrechte, 1999).
Werden nun die Untersuchungsergebnisse mit den gesetzlichen Bestimmungen in Beziehung gebracht, so ist evident, dass diese zu einem sehr hohen Prozentsatz, nicht jedoch zu 100%, erfüllt werden, wie eine Studie von Steininger (2007) zeigt.
Die Gründe für die nicht dokumentierten Pflegeanamnesen von 4,3% sind aus der Untersuchung nicht zu eruieren; es muss angenommen werden, dass über die Erhebung bzw. Dokumentation der Pflegeanamnese schlichtweg hinweggesehen wurde.
Eine der ersten Studien im deutschsprachigen Raum von Seidl und Walter (1988) zeigt in der Auswertung von 100 papierbasierten Pflegedokumentationen, dass bei 87 Patienten ein Erstgespräch dokumentiert ist; dort, wo kein Erstgespräch festgehalten ist, sind die

Gründe ersichtlich, wie z.B. ein bereits vorhandenes Erstgespräch vom früheren Krankenhausaufenthalt oder der schlechte Allgemeinzustand eines Patienten.
Die im Rahmen der PIK-Studie durchgeführte Dokumentenanalyse zeigt hingegen, dass mit der Einführung eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems bereits nach neun Monaten der Pflegeprozess zwar noch nicht auf allen Stationen vollständig dokumentiert ist, dass jedoch die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses häufiger dokumentiert werden als in der Zeit der konventionellen, papierbasierten Dokumentation. Daraus lässt sich ableiten, dass der Einsatz eines EDV-gestützten Dokumentationssystems geeignet zu sein scheint, den Pflegeprozess formal abzubilden (Mahler et al., 2003).
Im Österreichischen Pflegebericht (ÖBIG, 2006) wird u.a. zum Thema der Erfüllung des GuKG (1997) mit der Umsetzung der Pflegedokumentation eine Erhebung präsentiert. Es zeigt sich, dass im Wesentlichen alle Pflegeprozessschritte dokumentiert werden, und zwar zu 80-100%. Dieses Ergebnis zeigt eine hohe Übereinstimmung mit der vorliegenden Untersuchung.
Auffallend ist das Ergebnis der Studie von Boccoli et al. (2001), in der die Autoren 1964 Pflegedokumentationen analysieren, wobei nur 32% der Dokumentationen ein Assessment enthalten.
Neben den eingangs beschriebenen rechtlichen Anforderungen zur Dokumentation der Pflegeanamnese sind darüber hinaus die Notwendigkeit und die Bedeutung des ersten Schrittes im Pflegeprozess zu betonen. Wie die Autoren Höhmann et al. (1996, Schiereck 2000, Güttler et al., 2003, zit. aus Renz, 2004) festhalten, stellt das Assessment ein zentrales Element in der prozessorientierten Pflege dar, da es die Grundlage zur Erstellung der Pflegediagnosen bildet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in 4,3% von 100% keine Pflegeanamnese dokumentiert wird. Die Erstellung einer Pflegeanamnese muss in gesetzlicher wie auch in fachlicher Hinsicht als unverzichtbare Pflicht in der Berufsausübung von Pflegenden gefordert werden.

5.2.2 Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese

F 2: Liegt der Zeitpunkt der erhobenen und dokumentierten Pflegeanamnese bei allen Patienten der Normalpflegestationen innerhalb von zwei Tagen nach deren Aufnahme?
F 3: Ist den Diplompflegepersonen die formelle Regelung hinsichtlich des Zeitraumes der zu erhebenden Pflegeanamnese (innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten) bekannt und welche Gründe werden für das Abweichen von dieser Regelung genannt?

Die Datenauswertung zeigt, dass 90,9% der Pflegeanamnesen – entsprechend der hausinternen Regelung – im vorgegebenen Zeitraum dokumentiert werden; 9,1% werden hingegen „später“ (nach dem 2. Pflegetag) erfasst. Folgende Gründe werden für das Abweichen von der Regelung genannt: Übernahmepatienten von anderen Stationen, Kurzzeitpatienten, Fremdanamnese nicht erhebbar sowie Zeit- und Personalmangel.
Der Großteil der Experten ist jedoch der Meinung, dass die hausinterne Regelung einen Zeitraum bis zu 24 Stunden (anstatt bis zu zwei Tagen) nach Aufnahme des Patienten umfasst; ob die 2 Tage- Regelung allen Mitarbeitern bekannt ist und klar kommuniziert wird, ist daher in Frage zu stellen. Die Weitergabe der Regelung an neue Mitarbeiter erfolgt mündlich. Die Sinnhaftigkeit einer hausinternen Regelung wird von den Experten deutlich zum Ausdruck gebracht und soll ihrer Meinung nach auf den Aufnahmetag (12-24 Stunden) beschränkt werden. Laut Expertenmeinung besteht jedoch kein Bedarf an einer schriftlich festgehaltenen Regelung.

Eine Verbindung von quantitativer und qualitativer Untersuchung auf der Ebene der Ergebnisse lässt die Interpretation zu, dass die Ergebnisse generell konvergieren, d.h. übereinstimmen, da der Großteil der Pflegeanamnesen innerhalb der hausinternen Regelung erhoben und dokumentiert wird. Die Ergebnisse haben auch komplementären Charakter, wenn es um die Sinnhaftigkeit und um das Abweichen bzgl. der formellen Reglung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien geht.
Der Zeitpunkt des Anamnesegespräches bzw. des Assessments wird in der Literatur wie auch in der Praxis unterschiedlich festgelegt. Die ARGE Mödling (2003) hält im Strukturstandard der ON-Regel des Österreichisches Normungsinstituts fest, dass die Durchführung der Pflegeanamnese in den ersten 24 Stunden möglich ist. Arets et al. (1997) meinen, dass das Gespräch innerhalb von vier bis zwölf Stunden nach Aufnahme erfolgen soll, sofern dies der Zustand des Befragten zulässt (Arets et al., 1997 zit. aus Leoni-Scheiber, 2004). Pägel (1989) vertritt die Meinung, das Anamnesegespräch sollte bis spätestens am dritten Tag nach der Aufnahme geführt werden.
Nur wenige internationale Studien befassen sich mit den formalen Rahmenbedingungen zur Pflegeanamnese. Mbabazi und Cassimjee (2006) analysieren 45 Patientendokumentationen mit dem Ergebnis, dass das Assessment zu 100% innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten dokumentiert ist. Eine weitere Studie von From et al. (2003), die sich primär mit der Evaluation der Pflegeplanung beschäftigt, kommt zu dem Ergebnis, dass in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme des Patienten eine Pflege-

planung mit den aktuellen Pflegeproblemen vorliegt. Die Autorin der vorliegenden Arbeit leitet davon ab, dass diesen Pflegeplanungen eine Datenerhebung vorausgegangen ist.
Die Forderung der Experten nach einer ehest möglichen Erhebung der Pflegeanamnese – bereits am Aufnahmetag – ist von Seiten der Autorin nachvollziehbar und erscheint berechtigt. Grundsätzlich ist dabei festzuhalten, dass der Zeitpunkt des Assessments auf die Situation des Patienten und auf seine Bedürfnisse abzustimmen ist; die Entscheidung für den geeigneten Zeitpunkt liegt in der Fachkompetenz der Pflegeperson.
Die Autorin möchte zur Diskussion stellen, ob jede Organisationseinheit einen bestimmten Zeitraum für die Durchführung der Assessmentgespräche festlegt.
Eine „schriftliche“ Verankerung der Regelung – die erstaunlicherweise von den Experten nicht gefordert wird – und die damit verbundene Nachvollziehbarkeit und Verbindlichkeit für alle Pflegenden, betrachtet die Autorin als ein wesentliches Kriterium für die Qualitätssicherung in der Pflege.
Wird die Bedeutung des Anamnesegespräches bzw. des Assessments für die Pflege beleuchtet, so steht das Pflegeassessment am Beginn der Beziehungsarbeit mit dem Patienten und ist zugleich auch die Vorbereitung für die Entlassung; es handelt sich dabei also um einen unverzichtbaren Schritt in der prozessorientierten Pflege. Nach Ausführungen von Stefan et al. (2006) ist das Assessment die Grundlage für den gesamten Pflegeprozess und die Basis für ein erfolgreiches pflegetheoretisches Handeln. Zu Recht stellt der Experte im Interview C die Frage, nach welchem Pflegekonzept und nach welchen Ressourcen ein Patient versorgt wird, wenn die Pflegeanamnese erst am zweiten Tag seiner Aufnahme erhoben wird.
Es ist von großer Wichtigkeit, das Assessment möglichst frühzeitig durchzuführen, um – wie bereits oben kurz erwähnt – eine Beziehung zwischen Pflegeperson und Patienten herzustellen und dem Patienten eine Orientierung zu geben.
Sehr oft stehen am Beginn der Aufnahme Unsicherheit, unausgesprochene Ängste oder ein gewisses Abhängigkeitsempfinden seitens des Patienten im Vordergrund. Umso wichtiger ist es, dass die Pflegeperson durch ihr freundliches, höfliches und empathisches Auftreten den Grundstein für eine professionelle Beziehung legt. Gelingt der Aufbau einer fundierten Pflegebeziehung nicht oder nur schlecht, muss die Pflegeperson damit rechnen, dass der Patient kaum persönliche und intime Daten an sie weitergibt mit der Konsequenz, dass eine korrekte und vollständige Pflegeplanung verhindert wird.
Orientierung zu geben bedeutet u.a., dass Patienten im Rahmen des Pflegeanamnesegespräches über organisatorische (z.B. Tagesablauf der Station) und pflegebezogene Belange (z.B. Informationen über gesundheits- und krankenpflegerische Maßnahmen) zu

informieren sind. Informationen vorzuenthalten bedeutet oft eine Form der Machtausübung und kann die Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegeperson belasten.
Werden die Gründe für das Abweichen von der Regelung analysiert und interpretiert, so werden Schwierigkeiten und Grenzen in der Durchführung des Assessments ausgedrückt; eine Assoziation zu den fehlenden Prozentwerten auf 100% in der Dokumentation der Pflegeanamnese (Kapitel 5.2.1) kann hergestellt werden, findet damit aber nur zum Teil eine Begründung.
Die Angaben „Personalmangel und angespannte Personalsituation“ lassen aufhorchen. Bartholomeyczik et al. (2004) gehen in ihrer Untersuchung der Frage nach, ob die Qualität der Dokumentation mit der Personalbesetzung zusammenhängt. Vor dem Hintergrund des begrenzten Settings der Untersuchung zeigt sich in den Ergebnissen, dass vor allem im Bereich des Assessments und Teilen des Berichts die Dokumentation in den Häusern mit einer besseren Personalausstattung auch besser geführt ist.
Die Interviewaussagen der Experten des operativen Fachbereiches betreffend der Abweichung von der Regelung machen deutlich, dass Krisensituationen, wie z.B. Akutaufnahmen, rasches Handeln erfordern und die Durchführung eines umfassendes Assessments nicht ermöglichen und dies es daher zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen muss.
Die Inhalte des Interviews machen auch transparent, dass für viele Pflegepersonen das praktische Handeln wesentlich wichtiger eingestuft wird als die Dokumentation. Die unverzichtbare Pflicht gemäß GuKG (1997) sei an dieser Stelle nochmals betont. Leoni-Scheiber (2004) weist deutlich darauf hin, dass Pflegepersonen vergessen, dass nur eine umfassende Pflegedokumentation eine individuelle und kontinuierliche Pflege gewährleistet und – nicht zu vernachlässigen – auch dem Selbstschutz der Pflegenden dient.

Zusammenfassend zeigt sich, dass zu 90,9% die Pflegeanamnesen entsprechend der hausinternen Regelung im vorgegebenen Zeitraum dokumentiert werden. Der Großteil der Experten ist der Meinung, dass die formelle Regelung des Hauses auf den Zeitraum bis zu 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten beschränkt ist. Als Gründe für das Abweichen von der 48 Stunden-Regelung werden z.B. Übernahmepatienten von anderen Stationen, eine nicht erhebbare Fremdanamnese bzw. Zeit- und Personalmangel genannt. Die Autorin der vorliegenden Arbeit befürwortet die – in der Literatur wie auch von den Experten geforderte – Regelung, dass eine ehest mögliche Erhebung der Pflegeanamnese, bereits am Aufnahmetag, stattzufinden hat. Die Entscheidung für den geeigneten Zeitpunkt liegt in der Fachkompetenz der Pflegeperson. Als Folge der Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie wird von Seiten der Autorin die Empfehlung an das Haus gegeben, die hausinterne Regelung von 48 Stunden auf die ersten 24 Stunden nach Auf-

nahme des Patienten zu kürzen und diese Regelung in schriftlicher Form dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Kenntnis zu bringen.

5.2.3 Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese

F 4: Wie viele Pflegeanamnesen wurden von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bei Patienten erhoben?
F 5: Welche Überlegungen liegen zugrunde, wenn Diplompflegepersonen mehr als 30% der zu erhebenden Pflegeanamnesen an Schüler delegieren und wie rechtfertigen/verantworten sie ihr Verhalten?

Fast zwei Drittel (62,6%) der in N.Ca.Sol.® dokumentierten Pflegeanamnesen werden von diplomierten Pflegepersonen erfasst; 36,4% von Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und 1% von Pflegehilfen. Von den dokumentierten Pflegeanamnesen durch die DGKP entfallen 64,25% auf den konservativen und etwa 35,75% auf den operativen Fachbereich; bei den dokumentierten Pflegeanamnesen durch Schüler sind 70,54% dem operativen und 29,46% dem konservativen Fachbereich zuzuordnen; jene drei Pflegeanamnesen, die von Pflegehilfen dokumentiert wurden, stammen aus dem operativen Fachbereich.
Von den Experten werden die Voraussetzungen für das Übertragen der Pflegeanamnesen an Schüler von unterschiedlichen Seiten gesehen. Eine grobe Zusammenfassung der Interviewaussagen ergibt folgendes Bild: zum einen wird die systematische, stufenweise Anleitung und Begleitung der Schüler erwähnt, zum anderen wird das Übertragen der Pflegeanamnesen an Schüler vom Pflegeaufwand und vom Zustand des Patienten abhängig gemacht. Meinungen und Aussagen zum stationsspezifischen Prozentwert der dokumentierten Pflegeanamnesen durch Schüler (diese weichen geringfügig bis erheblich vom Soll-Wert der 30% ab) können mit dem Grundtenor „realistisch und angemessen" von fast allen Experten zusammengefasst werden. Experten aus dem operativen Fachbereich nennen folgende Gründe für ein starkes Abweichen vom Soll-Wert: Urlaub, Krankenstände und Zuteilung von Schülern mit der Kompetenz der selbständigen Durchführung der Pflegeanamnese; die Pflegeanamnese wird *„[….] als eine gute Beschäftigung"* (D/88) für Schüler gesehen und es kommt vor, dass bei 6-7 Neuzugängen sämtliche Pflegeanamnesen von einem Schüler erhoben werden, „der dies gut kann und gerne macht" (D/88-90). In der Rechtfertigung für das Delegationsverhalten der DGKP wird die praktische Schüleranleitung und –begleitung in allen vier Interviews betont.

Die Aussagen zur Festlegung eines Soll-Wertes von Seiten der Experten beinhaltet im Wesentlichen einen Prozentsatz zwischen 30 und 80%, der die abteilungsspezifischen Schwerpunkte zu berücksichtigen hat und max. als „Richtwert“ gelten sollte.
Wünsche und Vorschläge seitens der Autorin an das Krankenhaus sind: die Berücksichtigung der erforderlichen Zeitressourcen für die Schüleranleitung, eine Vidierfunktion sowie vordefinierte, auszufüllende „Muss-Felder“ in N.Ca.Sol.® und die generelle Hinterfragung eines Soll-Wertes bezüglich der Verfasser der Pflegeanamnese.

Beleuchtet man die Ist-Werte aus der Dokumentenanalyse, so zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Gesamtzahlen (62,6% DGKP : 36,4% Schüler) mit jenen – erstmalig für die Untersuchung festgelegten – Soll-Werten des Hauses (70%DGKP : 30%Schüler). Werden die Ergebnisse im operativen und konservativen Fachbereich differenziert betrachtet, so zeigen sich starke Verschiebungen, die sich sogar in umgekehrten Verhältniszahlen im operativen Fachbereich niederschlagen. In der Konfrontation der Interviewpartner mit den stationsspezifischen Prozentwerten wird transparent, dass Experten die Ist-Werte ihrer Station als realistisch und glaubhaft einstufen, gleichzeitig beurteilt der Großteil der Experten den Wert als durchaus „angemessen“; damit wird eine tendenziell divergierende Sichtweise zwischen den befragten Experten und der Vorgabe seitens der Pflegedirektion deutlich.
Wie bereits oben erwähnt, wurde erstmalig für die vorliegende Arbeit eine Verhältniszahl betreffend die Verfasser der Pflegeanamnese festgelegt, um eine Bezugsgröße für die Beurteilung der Ergebnisse zu haben. In der Literatur konnten keine derartigen Angaben oder vergleichbare Studien zu diesem Thema gefunden werden. Mit der Festlegung der Verhältniszahl wurde u.a. ein Bezug zur GuK-AV (1998), § 19(1) Abs.3, hergestellt, mit der Regelung, dass Fachkräfte im Rahmen der praktischen Ausbildung höchstens vier Schüler gleichzeitig anleiten dürfen.
Um der „Angemessenheit“ der Prozentangaben der Experten (Soll-Werte von 30-80%) adäquat begegnen zu können, müssten die von Schülern dokumentierten Pflegeanamnesen hinsichtlich deren Inhalte qualitativ überprüft werden, um höhere Prozentwerte akzeptieren und rechtfertigen zu können.
Abteilungsspezifische Prozentwerte festzulegen hält die Autorin für problematisch; anzuregen ist ein fachlicher Diskurs (Soll-Wert, Richtwert etc.) zwischen Pflegedirektion und den Stationsleitungen der Normalpflegestationen zu diesem Thema.
Im Fragebogen des Österreichischen Pflegeberichts (ÖBIG 2006) gibt es zur Frage „Wer erstellt in Ihrer Einrichtung die Pflegeanamnese?“ elf Antwortmöglichkeiten; u.a. ist die

Pflegehilfe, nicht jedoch der Schüler in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege explizit angeführt. Die Befragungsergebnisse dazu zeigen, dass rund 50% der Pflegehilfen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege aktiv werden, d.h., dass von ihnen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehaltene und nicht delegierbare Tätigkeiten wahrgenommen werden! In den vier Pflegeprozessschritten sind die Pflegehilfen nach eigenen Aussagen mit oder ohne Anordnung tätig und zu 22% ohne Aufsicht durch eine DGKP. Die von Pflegehilfen dokumentierten drei Pflegeanamnesen in der vorliegenden Untersuchung sind als eindeutige Kompetenzüberschreitung zu bewerten. Gleichzeitig muss angenommen werden, dass in Einzelfällen eine falsche Vergabe der Schreibberechtigung in N.Ca.Sol.® für Pflegehilfen von Seiten der EDV-Abteilung erfolgt ist, denn Pflegehilfen des Krankenhauses haben in N.Ca.Sol.® ausschließlich eine Lese- und keine Schreibberechtigung für die Erstellung einer Pflegeanamnese.

Dass die Pflegeanamnese hauptsächlich „Schriftverkehr" bedeutet und *„[….] keiner besonderen Qualifikation bedarf"* (D/76-79), stimmt nachdenklich und verlangt nach einer Reflexion der Diplompflegepersonen dahingehend, welche Bedeutung und welchen Stellenwert der erste Schritt in der prozessorientierten Pflege der ihnen anvertrauten Patienten hat.

Werden die Interviewaussagen zum Thema „Voraussetzungen für das Übertragen der Pflegeanamnese an Schüler" betrachtet, so wird nach Interpretation der Autorin in einigen Abschnitten der Interviews die Anleitung und Begleitung der Schüler nicht in dem Umfang angesprochen, wie dies später in Zusammenhang mit der „Rechtfertigung der Delegation" passiert. Eine Schülerbefragung zu diesem Thema könnte daher eine zusätzliche Perspektive einbringen und dadurch besser Aufschluss über die tatsächlichen Motive geben.

„Anleitung und Begleitung" sind in der Praxis dehnbare Begriffe und bleiben auch im GuKG (1997) ungeklärt, lediglich die „Aufsicht" von Pflegehilfen wird in den erläuternden Bemerkungen der Regierungsvorlage näher ausgeführt.

Die Anleitungs- und Aufsichtspflichten bei Auszubildenden haben nicht nur Gültigkeit für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, sondern – im Sinne einer einheitlichen Rechtsordnung – auch in anderen Gesundheitsberufen, wie z.B. jener der ärztlichen Ausbildung, die von Sladecek et al. (2006) näher erläutert werden. Darin wird von den Autoren festgehalten, dass unter „Anleitung" im allgemeinen Sprachgebrauch eine Unterweisung, unter „Aufsicht" eine Überwachungs- und Kontrolltätigkeit verstanden wird. Da sich jeder Auszubildende unterschiedlich entwickelt, ist es die Aufgabe der Ausbildner im Einzelfall zu entscheiden, welcher Umfang für die Anleitung und Aufsicht notwendig ist

(Sladecek et al., 2006). In diesem Zusammenhang beschreibt Benner (2000) die „fünf Stufen zur Pflegekompetenz“, die den situativen Kompetenzerwerb im Berufsfeld der Pflegepraxis behandeln. Von den fünf Pflegekompetenzstufen – Neuling, fortgeschrittener Anfänger, kompetente Pflegende, erfahrene Pflegende und Pflegeexperte – kann lt. Benner von einer unmittelbar fertig ausgebildeten Pflegeperson nur die zweite Kompetenzstufe des „fortgeschrittenen Anfängers“ erwartet werden. Während Neulinge auf Regeln angewiesen sind, an denen sie ihr Verhalten ausrichten können, benötigt der fortgeschrittene Anfänger Erfahrungen mit realen Situationen. Benner (2000) betont, dass der fortgeschrittene Anfänger in klinischen Situationen Unterstützung benötigt, wie z.B. die Hilfestellung beim Setzen von Prioritäten.

Gerade das Erheben der Pflegeanamnese durch Schüler benötigt eine sorgsame Anleitung und Begleitung, damit sichergestellt werden kann, dass die wichtigen Bedürfnisse von Patienten nicht unberücksichtigt bleiben, weil der fortgeschrittene Anfänger noch nicht über einen Blick für das Wesentliche verfügt.

Leoni-Scheiber (2004) bringt klar zum Ausdruck, dass die Qualität der Tätigkeiten, die nach der Pflegeanamnese folgen – diagnostischer Prozess, Pflegediagnosen und Planung der Pflege – maßgeblich von der Vollständigkeit und Richtigkeit der erhobenen Informationen abhängen. Bedenkt man die Datenflut, die im Rahmen eines Anamnesegespräches auf die Pflegeperson bzw. auf den Schüler zukommen, so braucht es Wissen und gleichzeitig doch erhebliche Erfahrung, um die Daten zu sichten, zu ordnen und auszuwählen. Collier et al. (1998) sind der Meinung, dass mangelnde Kenntnisse und Fertigkeiten bei der Durchführung des Pflegeassessments verhindern, dass Pflegepersonen die entscheidenden Zeichen und Symptome einer Pflegediagnose erkennen; dieses Vorgehen muss als Quelle für Diagnosefehler gesehen werden. Damit wird deutlich, dass der Schüler eine Pflegeperson mit größerer Erfahrung zu Rate ziehen muss, um schwerwiegende Fehler zu vermeiden.

Von den Experten wird zu Recht die große Verantwortung für die Ausbildung der Schüler zum Ausdruck gebracht und es werden die notwendigen Zeitressourcen zur Erfüllung des pädagogischen Auftrags eingefordert, die sich langfristig lohnen, denn *„[….] der Schüler von heute ist der Kollege von morgen“* (C/71).

Abschließend können folgende wichtige Punkte zusammengefasst werden: Fast zwei Drittel (62,6%) der in N.Ca.Sol.® dokumentierten Pflegeanamnesen werden von diplomierten Pflegepersonen erfasst; 36,4% von Schülern und 1% von Pflegehilfen. Die Soll-Werte des Hauses (70% DGKP : 30%Schüler) werden im konservativen Fachbereich mit hoher Übereinstimmung erreicht; im operativen Fachbereich hingegen liegen umgekehrte Ver-

hältniszahlen vor. Der Großteil der Experten beurteilt ihren stationsspezifischen Wert als „angemessen".
Die Tatsache, dass ein derartiger Soll-Wert, bedingt durch seine Neuartigkeit, diskussionswürdig ist, veranlasst die Autorin, einen gemeinsamen fachlichen Diskurs mit allen Beteiligten (Pflegedirektion und Stationsleitungen) zu führen. Auch über eine Vidierfunktion sowie über so genannte „Muss-Felder" in der Pflegeanamnese sollte ein Austausch stattfinden und eine Entscheidung gefällt werden. Hinsichtlich der Vergabe der Benutzerrechte (Lese- bzw. Schreibberechtigung) durch die EDV schlägt die Autorin vor, nicht wie bisher mitarbeiterbezogen, sondern qualifikationsbezogen vorzugehen.
In der Rechtfertigung für das Delegationsverhalten der DGKP wird die systematische praktische Schüleranleitung und –begleitung betont, für die aus Sicht der Autorin die entsprechenden Rahmenbedingungen gesichert sein müssen, da sich langfristig betrachtet, positive Auswirkungen im Pflegedienst zeigen werden.

5.2.4 Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser

F 6: Welche Form der elektronischen Datenerhebung – „Kurzinformation" oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells" – wurde von den DGKP bzw. den Schülern gewählt?
F 7: Welche Gründe geben Diplompflegepersonen für die von ihnen gewählte Dokumentationsform (Kurzinformation bzw. Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) an und wissen sie um deren Vor- und Nachteile für die gesamte Pflegeprozessdokumentation?

Von den insgesamt 308 dokumentierten Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® wird die Dokumentationsform „Kurzinformation" 189x von den DGKP, zu 109x von Schülern und zu 3x von den Pflegehilfen gewählt. Die Dokumentationsform „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al." wählen die DGKP nur 4x, Schüler nur 3x und Pflegehilfen nie. Auf die Dokumentationsform „Kurzinformation" entfallen insgesamt 97,7% und auf die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al." lediglich 2,3%.
Die Interviewaussagen betreffend die Unterschiede zwischen Kurzinformation und ausführlicher Dokumentationsform (Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) sowie deren positive und negative Auswirkungen auf den diagnostischen Prozess können zusammenfassend wie folgt dargestellt werden:

Für einen Teil der Experten verschafft die Kurzinformation einen guten Überblick, sie wird als zeitökonomisch und für den allgemeinen Bedarf ausreichend dargestellt. Weiters sind die Experten der Meinung, dass auf Grund der langjährigen Praxiserfahrung einer DGKP ein entsprechendes Augenmerk auf gezielte Fragen gelegt werden kann, so dass die Kurzinformation ausreicht.

Andere Experten hingegen weisen darauf hin, dass bei einer Kurzinformation lediglich Informationsfelder ausgefüllt werden und sie daher *„[….] die Bezeichnung Pflegeanamnese nicht verdient“* (C/108-109). Die Kurzinformation erfasse nicht oder nur unzureichend die Ressourcen und Defizite des Patienten und habe keine Verknüpfung mit den NANDA-Pflegediagnosen; damit ist *„[….] bei der Kurzinformation [….] der Weg zu Ende“* (D/141). Die „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ wird von den Experten als länger und zeitaufwändiger beschrieben; dabei werden allerdings die individuellen Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen erhoben, die zu den Pflegediagnosen nach NANDA führen, um schließlich eine adäquate, individuelle Pflegeplanung erstellen zu können. Auch die Verwendung einer einheitlichen Pflegefachsprache bei den NANDA-Pflegediagnosen wird als Vorteil erwähnt. Von allen Experten werden zur „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ außer dem Zeitfaktor keine negativen Aspekte angeführt.

Auf die Frage nach der Wahlmöglichkeit beider Dokumentationsformen für die Zukunft bzw. Vorschläge an das Krankenhaus werden von den Experten vielfältige Antworten gegeben. Die Wahlmöglichkeit zwischen beiden Dokumentationsformen wird zum einen von einem Teil der Experten weiterhin begrüßt, ein anderer Teil hingegen bekräftigt, dass die Kurzinformation für den unmittelbaren Stationsbedarf genügt. Andere Experten sind der Auffassung, dass die Kurzinformation zu eliminieren sei oder es wäre eine Kombination beider Dokumentationsformen im Sinne einer *„ausführlicheren Kurzinformation mit einer verknüpften Version zu den Pflegediagnosen“* (D/159-160) anzudenken. Von einigen Experten werden Optimierungsvorschläge (z.B. optische Aufbereitung des Anamneseschirmes) in N.Ca.Sol.® gemacht, um die Userfreundlichkeit zu erhöhen.

Inwieweit der jeweiligen Dokumentationsform so genannte Patientengruppen zugeordnet werden können, ist ebenfalls ein Diskussionsthema. Werden aus dem operativen Fachbereich Patienten mit kleineren chirurgischen Eingriffen als geeignet für die Kurzinformation genannt, so wird der Einsatz der ausführlicheren Dokumentationsform für Patienten vorgeschlagen, die komplexe Krankheitsbilder (z.B. demente oder multimorbide Patienten) haben bzw. länger als zwei Tage auf Hilfe angewiesen sind und ein Defizit aufweisen, also vorwiegend für Patienten aus dem konservativen Fachbereich.

Betrachtet man nun die Ist-Werte aus der Dokumentenanalyse der quantitativen Untersuchung, so liegt ein eindeutiges Ergebnis vor, nämlich, dass zu fast 100% die „Kurzinformation“ als Dokumentationsform der Pflegeanamnese von den Verfassern zum Einsatz kommt. Werden die Interviewaussagen aus der qualitativen Untersuchung mit den quantitativen Ergebnissen in Beziehung gebracht, so fällt eine generell andere Sichtweise, bei einer fachspezifischen Betrachtung von Kurzinformation und ausführlicher Dokumentationsform hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile für die gesamte Pflegeprozessdokumentation, auf. Experten aus dem operativen Fachbereich geben in der Argumentation der Kurzinformation den Vorzug. Allerdings präsentiert sich speziell in der Analyse der positiven und negativen Auswirkungen beider Dokumentationsformen auf den diagnostischen Prozess bei den Experten beider Fachbereiche ein gemeinsames und eindeutiges Bild. Es zeigt sich, dass die negativen Auswirkungen der Kurzinformation und die positiven Auswirkungen einer „Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells“ eindeutig überwiegen. Damit steht der praktische Einsatz der jeweiligen Dokumentationsform mit dem theoretischen Wissen von Pflegepersonen und teilweise mit ihrer Einstellung dazu im Widerspruch. Die Erkenntnis: *„Mit der Pflegeanamnese* [auf der Grundlage eines Pflegemodells] *setze ich den Pflegeprozess in Gang, während ich mit der Kurzinformation nichts in Gang setze […]“* (C/106-107) legitimiert die Frage der Autorin, „warum Pflegepersonen und Schüler wider besseren Wissens durchwegs die Kurzinformation in der Praxis wählen und welchen Stellenwert sie der Pflegeanamnese nun tatsächlich geben“.

An dieser Stelle muss von Seiten der Autorin nochmals bekräftigt werden, dass ein zielgerichtetes, umfassendes, systematisches und in standardisierter Weise dokumentiertes Assessment für eine genaue Diagnosestellung und für die weiteren Pflegeprozessschritte existentiell ist. *„Pflegende sind Schlüsselpersonen im Sammeln von Informationen, im Beobachten und im Generieren von Informationen“* (Müller-Staub, 2001, S. 232). Demzufolge stehen und fallen mit der Genauigkeit und Vollständigkeit des Assessments die weiteren Schritte des Pflegeprozesses, vor allem die korrekte Formulierung von Pflegediagnosen. Lt. Carroll-Johnson (1993) werden die Pflegediagnosen definiert als *„klinische Urteilsbildung bezüglich menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme/Lebensprozesse“* (Carrol-Johnson, 1993 zit. aus Müller-Staub, 2006, S. 276). Müller-Staub (2006) führt weiter aus, dass die klinische Urteilsbildung erst das Generieren von Möglichkeiten beinhaltet. Sobald die Pflegepersonen ausreichend Informationen über den Patienten gesammelt haben, beginnt ein Prozess von divergentem, vielfältig suchendem Denken, der sich in einer Urteilsbildung (konvergentem Denken) fortsetzt und schließlich in Pflegediagnosen mündet.

Schrems (2003) hebt hervor, dass die Pflegediagnosen wesentlich mehr sind als die klinische Beurteilung von Reaktionen auf ein Problem; sie sind das Ergebnis eines Interaktions- und Kommunikationsprozesses. Damit wird die Komplexität des pflegediagnostischen Prozesses deutlich, bei dem Pflegepersonen den Menschen und seine Gesundheit ganzheitlich zu betrachten haben.

Bereits an dieser Stelle muss kurz der Einwand angesprochen werden, dass Experten die Wahl der Kurzinformation oft mit der langjährigen Praxiserfahrung rechtfertigen, eine Erfahrung, auf die Schüler jedoch noch nicht zurückgreifen können. 36,4% der Pflegeanamnesen werden lt. der quantitativen Untersuchung von Schülern durchgeführt!

Im Weiteren muss bewusst gemacht werden, dass mit der Delegation zur Erhebung der Pflegeanamnese an Schüler oft ein arbeitsteiliges Vorgehen in der Umsetzung des Pflegeprozesses vorprogrammiert ist. Schüler des zweiten Ausbildungsjahres besitzen lt. Praktikumszielen noch nicht die Kompetenz, nach Erhebung der Pflegeanamnese den diagnostischen Prozess selbständig fortzusetzen und Pflegediagnosen zu erstellen; das bedeutet, dass mit dem erhobenen Datenmaterial des Schülers eine DGKP die anstehende Pflegeplanung vorzunehmen hat.

Weber und Kelly (2003) warnen davor, dass bei ungenauer Datensammlung falsche Entscheidungen in den weiteren Phasen des Pflegeprozesses getroffen werden (Weber und Kelly, 2003, zit. aus Just 2006). Genau diese Aussage wird mit der Studie von Güttler und Lehmann (2003) bestätigt: Im Rahmen des Projektes „Pflegeprozess“ wird eine Ist-Analyse von insgesamt 128 Erhebungen durchgeführt, mit dem Ergebnis, dass das Assessment und die angebotenen Leistungen in der Pflegeplanung nicht übereinstimmen. Güttler und Lehmann kommen zur Schlussfolgerung, dass der Pflegeprozess in der pflegepraktischen Realität insbesondere beim Assessment und bei der Evaluation der Pflegeergebnisse Mängel aufweist (Güttler und Lehmann, 2003).

Eine Untersuchung von Just (2000) zeigt darüber hinaus, dass sich nur die Hälfte aller wahrgenommenen Daten in der Dokumentation wieder findet. Es bleibt fraglich, inwiefern der Informationsverlust Konsequenzen für den Patienten hat. Norma Lang (1997), eine der Vorreiterinnen bei der Entwicklung der Fachsprache, bringt treffend zum Ausdruck: *„if you can`t name it, you can`t control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy“* (Maanen, 2002, S. 202).

Es ist evident, dass das Pflegeassessment den Beginn der Beziehungsarbeit der Pflegeperson mit dem Patienten darstellt. Das Bild, das sich der Patient von der Pflegeperson macht, wird in entscheidender Weise davon beeinflusst, wie der Erstkontakt und das Assessment gestaltet werden. Stefan et al (2006) sprechen davon, dass eine effiziente Da-

tenerhebung voraussetzt, dass Pflegepersonen ihre grundlegende Haltung zur Pflege reflektieren, dass sie klären, welche Ziele sie mit dem Assessmentgespräch verfolgen, welche persönlichen Vorgehensweisen sie für das Assessment wählen oder wie sie die Grenzen ihrer Erhebung definieren, auch welchen zeitlichen Rahmen sie zum Erheben des Assessments einhalten wollen und wie sie die pflegerelevanten Informationen dokumentieren.

Ein wesentliches Ziel des Assessments ist es, neben der Erfassung und Beschreibung des aktuellen Patientenzustandes, die Pflegebedürftigkeit des Patienten zu ermitteln. Die Pflegebedürftigkeit wird in den ausführlichen Beschreibungen von Pflegetheorien und -modellen oft sehr abstrakt dargestellt. Auch Maanen (2002) merkt kritisch an, dass Pflegetheorien eine Sprache reflektieren, *[….] die für eine praktizierende Pflegende kaum zu verstehen ist und den Graben zwischen Theorie und Praxis nur vertiefen kann“* (Maanen, 2002, S. 201). In keinem der Pflegemodelle wird z.B. genau begründet, weswegen die verwendeten Kategorien (etwa die 12 Lebensaktivitäten nach Roper et al.) so geartet und so viele sind, wie sie sind. Sie könnten genau so gut differenzierter sein oder stärker zusammengefasst werden, meinen Bartholomeyczik und Halek (2004). Selbst die Autorinnen einzelner Pflegemodelle betonen, dass im Assessment eines bestimmten Patienten die *Verknüpfung* der Kategorien berücksichtigt werden sollte und nicht so sehr die einzelnen Kategorien an sich; außerdem betrachten sie ihre Kategorien lediglich als übergeordnete Ordnungsmuster, als Strukturierungshilfe oder Taxonomie. Nach Meinung von Dassen, Balzer, Bansemir et al. (2001) eignen sich die Kategorien selbst nicht als Items für ein Assessmentinstrument, obwohl dies relativ häufig so gehandhabt wird (Dassen, Balzer, Bansemir et al., 2001 zit. aus Bartholomeyczik und Halek, 2004).

Nach Betrachtung der Pflegemodelle zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit liegt aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit womöglich genau darin ein Grund, warum Experten die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells als zu lang und zu zeitaufwändig bewerten.

In diesem Zusammenhang zeigt sich in den Rahmenstandards des Wiener KAV (Krankenanstaltenverbund) (2003) ein interessanter Ansatz. Im Richtlinienteil wird das Ausmaß der Pflegeanamnese von der geplanten Verweildauer abhängig gemacht. Die voraussichtliche Aufenthaltsdauer wird in fünf Kategorien eingeteilt: Aufenthalt bis zu 14 Stunden, 14 bis 72 Stunden, länger als 3 Tage bis 3 Wochen, 3 Wochen bis 3 Monate und länger als 3 Monate. Exemplarisch wird die Vorgehensweise für die erste, zweite und dritte Kategorie kurz vorgestellt. Neben der Erhebung und Dokumentation der administrativen Kerndaten hat bis zu 14 Aufenthaltsstunden eine Erhebung und Dokumentation der Pflegeanamnese

zu den Bedürfnissen Bewegung, Essen/Trinken, Körperpflege, Kleiden und Ausscheiden zu erfolgen. Weitere Erhebungen finden nur dann statt, wenn die Pflegeperson Gefährdungen wahrgenommen hat. In der zweiten Kategorie ist noch zusätzlich das Bedürfnis Ruhe zu erfassen. Wird der voraussichtliche Aufenthalt länger als 3 Tage bis zu 3 Wochen liegen, so wird eine umfassende Datensammlung nach einem adäquaten Pflegemodell erhoben und dokumentiert.
Stellt man nun eine Verbindung zwischen den oben beschriebenen Richtlinien des Wiener KAV und den vorliegenden zwei Dokumentationsformen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien her, so könnte die Überlegung angestellt und diskutiert werden, ob lediglich die „Kurzinformation“, die die Aufnahmedaten und die oben angeführten Bedürfnisse (am Haus sind es zusätzlich die Atmung und das Schlafverhalten) erfasst, für den Aufenthalt bis zu 14 Stunden anzulegen ist. Die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells“, d.h. die ausführlichere Dokumentationsform des Hauses würde nach den Richtlinien des KAV dann erst ab 72 Stunden Aufenthaltsdauer des Patienten zum Einsatz kommen.

Da Pflegepersonen aufgefordert sind, alle relevanten Daten für eine Problemanalyse zu sammeln, stellt sich nun die Frage: Welche Daten sind relevant?
Die Autorin ist der Überzeugung, dass sowohl Pflegemodelle (trotz berechtigter Kritik) als auch ein klar definiertes Pflegeverständnis sowie ein Pflegeleitbild an einer Institution als Bezugsrahmen (Begründungsrahmen) helfen, das Denken der Pflegepersonen zu strukturieren und Kategorien für die Entscheidungsfindung zu formulieren. Zegelin (1996) schreibt dazu, dass durch die starke Unsicherheit aufgrund eines nicht vorhandenen klaren Bezugsrahmens und eines fehlenden gemeinsamen Pflegeverständnisses das Erheben der Informationen nicht selten zu einem reinen Frage-Antwortspiel wird. Auch Thiel (2001) behauptet, dass das Pflegeverständnis das ist, was die Pflege inhaltlich ausmacht. Dazu kommt noch sehr oft, dass Dokumentationsblätter, aber auch rechnergestützte Pflegedokumentationen, von außen angekauft werden, die nicht den Bezugsrahmen oder das Pflegeverständnis einer Institution widerspiegeln.
Obwohl das Pflegemodell nach Roper et al. im Pflegeleitbild des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien verankert ist und den Bezugsrahmen der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® bildet, ist eine Reflexion von Pflegepersonen anzuregen, mit dem Ziel, ihr Denken und Handeln mit der Pflegetheorie bzw. dem Pflegemodell abzustimmen und damit die fachliche Auseinandersetzung lebendig zu halten. Potter und Becker Weilitz (2005) merken dazu an, dass einerseits auf der Grundlage eines Pflegemodells die praktischen

Ziele der Pflege leichter zu formulieren sind, andererseits müssen die Formblätter der Pflegeanamnese unabhängig vom zugrunde liegenden Modell alle Informationen, die für die Beurteilung des Pflegebedarfs des Patienten wichtig sind, erfassen können. Die Autoren sind der Meinung, dass ein Formblatt immer nur als Richtlinie für die Pflegedokumentation eines Patienten dienen kann; was und wie viel an Informationen nötig ist, entscheidet allein die Pflegekraft in jedem einzelnen Fall.

Auch das Thema der „Klassifikationssysteme in der Pflege“ wird oft kontrovers diskutiert und verlangt gerade deswegen einen fachlichen Diskurs unter Pflegepersonen. Die Autoren Friesacher (1999), König (2000) und Gossen (2001) überzeugen mit der von ihnen festgeschriebenen Zielsetzung von Klassifikationssystemen in der Pflege. Dabei führen sie beispielhaft an, dass Pflegediagnosen als Grundlage für die Entwicklung der Profession dienen; dass eine gemeinsame Pflegefachsprache entwickelt wird, um die Kommunikation zu verbessern; dass die Pflegedokumentation eine exakte und vergleichbare Beschreibung erzielt und dass klinische Datenbanken mit Pflegedaten für die Qualitätssicherung und Pflegeforschung geschaffen werden können (Friesacher 1999, König 2000, Gossen 2001 zit. aus Fafflock et al. 2003). Steffan et al. (2007) führten eine Befragung durch betreffend die Akzeptanz elektronisch unterstützter Pflegedokumentation und ihre Einbettung in den gesamten Pflegeprozess mit dem Ergebnis, dass befragte Unternehmen eher auf hauseigene Kataloge von Pflegediagnosen im Programm zurückgreifen als auf Klassifikationssysteme wie NANDA oder ICNP. Die Schlussfolgerung der Autoren scheint plausibel, nämlich, dass Pflegeklassifikationen *„aufgrund ihrer aktuellen Entwicklungsstände für die praktische Anwendung vor allem wegen ihrer hohen Abstraktions- und Beschreibungsniveaus nicht oder noch nicht geeignet sind“* (Steffan et al., 2007, S. 101). Die Untersuchung zeigt auch, dass viele Pflegemitarbeiter nicht wissen, ob sie mit Pflegeklassifikationen arbeiten. Dies lässt den Schluss zu, dass ihnen Pflegeklassifikationen noch immer fremd sind.
Hier lässt sich eine Parallele zu der vorliegenden Untersuchung erkennen. Mit der Erhebung der Pflegeanamnese über die Kurzinformation ziehen es Pflegepersonen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder vor, nach wie vor mit den so genannten Pflegepfaden (diese sind hauseigene standardisierte Pflegepläne) zu arbeiten.
Werden nun die Vorschläge der Experten für die Zukunft kritisch analysiert, so schließt sich die Autorin jenen Vorschlägen der Experten an, die „Kurzinformation“ als reine Dokumentationsform der Pflegeanamnese zu eliminieren und eine Integration bzw. Verknüpfung beider Dokumentationsformen (Kurzinformation und Pflegeanamnese auf der Grund-

lage des Pflegemodells nach Roper et al.) zu installieren. Bei dieser Überlegung ist darauf Bedacht zu nehmen, dass es dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege obliegt, das Assessment bei jedem Patienten „angemessen" durchzuführen.
Die Verantwortung für potentielle Probleme aufgrund nicht erhobener Informationen – durch die Anwendung einer verkürzten Erhebung (z.B. bei kleineren chirurgischen Eingriffen wie der Tonsillektomie) – verbleibt bei den durchführenden DGKP (Stefan et al. 2006).
Hunstein kommt in seinem Thesenpapier „Erforderliche Pflege" zu dem Schluss:
„Ohne ein differenziertes Assessment (Datensammlung & Befundinterpretation), das in eine genaue Zustandsbeschreibung (Pflegediagnose) und ein angestrebtes Outcome mündet, kann die Notwendigkeit von Maßnahmen nicht beurteilt werden" (Hunstein zit. aus Isfort und Weidner, 2001, S. 20)

Folgende Untersuchungsergebnisse können kurz zusammengefasst werden: Auf die Dokumentation „Kurzinformation" entfallen insgesamt 97,7% und auf die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al." lediglich 2,3%. Gründe wie z.B. ein rascher Überblick und die effiziente Handhabung sprechen für die Kurzinformation. Andererseits werden die positiven Auswirkungen der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells" auf den diagnostischen Prozess erkannt und hervorgehoben. Zu diesem Thema gibt die Autorin Anregungen an die Pflegedirektion weiter, mit dem Vorschlag, Fortbildungen bzw. Workshops anzubieten, um sich mit dem Stellenwert der Pflegeanamnese und den damit verbundenen Auswirkungen auf den diagnostischen Prozess sowie über das im Pflegeleitbild verankerte Pflegemodell nach Roper et al. auseinander zu setzen.
Die im Jahre 2002 als Einstiegshilfe in die rechnergestützte Pflegedokumentation installierte „Kurzinformation", im Sinne des Kurzdatensatzes, ist aus Sicht der Autorin sowie einiger Experten in N.Ca.Sol.® zu eliminieren. Stattdessen ist eine sinnvolle Verknüpfung beider Dokumentationsformen zu installieren, damit deren Vorzüge positiv genützt werden und die Pflegepersonen eine für den Patienten „angemessene" Pflegeanamnese erheben und dokumentieren können.

5.2.5 Aktualisierung der Pflegeanamnese

F 8: Ist aus der Dokumentenanalyse ersichtlich, ob die Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten – ab dem dritten Pflegetag – aktualisiert wurde?

Die Ergebnisse stellen die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 234 stationären Patienten dar, die sich drei Pflegetage und länger in stationärer Pflege befan-

den. Bei 68 rechnergestützten Pflegedokumentationen, das sind 29,1%, werden die Pflegeanamnesen aktualisiert, während bei 166 Dokumentationen, das sind 70,9%, keine Aktualisierung stattfindet. Von den 68 aktualisierten Pflegeanamnesen entfallen 25% auf den operativen und 75% auf den konservativen Fachbereich.
Von den 166 nicht aktualisierten Pflegeanamnesen sind 51,2% dem operativen und 48,8% dem konservativen Fachbereich zuzuordnen. In der Analyse der 68 aktualisierten Pflegeanamnesen sind mehr als zwei Drittel in der „Kurzinformation" erstellt und nur 23,5% der aktualisierten Pflegeanamnesen sind in der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al." festgehalten.

Beleuchtet man die Ist-Werte aus der Dokumentenanalyse, so wird deutlich, dass bei nur ca. 30% eine Aktualisierung der Pflegeanamnese stattfindet und diese vorzugsweise in der Form der Kurzinformation passiert.
Daraus lässt sich ableiten, dass das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Prozentangabe für eine Aktualisierung der Pflegeanamnese mit „nicht zufriedenstellend" zu bewerten ist.
Auch die am Haus durchgeführte Dokumentenanalyse von Steininger (2007) zeigt, dass bei 60 analysierten Pflegedokumentationen zu 100% keine Adaptierung der Pflegeanamnese während des Krankenhausaufenthaltes stattfindet; weitere vergleichbare Studien zu diesem Thema konnten nicht gefunden werden.
In den von der ANA (American Nurses Association) 1991 herausgegebenen „Standards of Nursing Practice" ist Folgendes festgehalten: *„Die Sammlung von Informationen über den Gesundheitszustand eines Klienten erfolgt systematisch und kontinuierlich. Die Daten sind an zuständige Personen weiterzuleiten und in einem zugänglichen Abrufsystem aufzuzeichnen und zu speichern"* (Collier, 1998, S. 53). Collier (1998) bekräftigt in seinen Ausführungen, dass der Prozess der Einschätzung des Patienten eine dynamische, fortlaufende pflegerische Arbeit ist, die bei jeder Begegnung mit dem Patienten weiter vervollständigt wird.
Die Tatsache, dass die Patientensituation mit einem Assessment immer wieder eingeschätzt wird, macht es möglich zu überprüfen, ob die Pflegeinterventionen erfolgreich sind und der Patient den erwarteten Pflegeergebnissen näher kommt. Mit einem fortlaufenden bzw. kontinuierlichen Assessment können aber auch andere Gesundheitsprobleme entdeckt werden, die z.B. während des Krankenhausaufenthaltes entstehen (Brobst et al., 2007). Mit diesen Forderungen wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass das Assessment ein fortlaufender Prozess ist der bis zur Entlassung des Patienten andauert und bei

allen Patienten stattzufinden hat. Die Wichtigkeit der Aufgabe, Daten zu aktualisieren, kann von Seiten der Autorin nicht genug betont werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Aktualisierung von Daten überhaupt im Formblatt der Pflegeanamnese sinnvoll erscheint. Dazu vertreten Weber und Kelly (2003) die Auffassung, das Bewusstsein der Pflegepersonen dahingehend zu sensibilisieren, das Assessment als einen fortlaufenden und kontinuierlichen Prozess zu verstehen, der durch alle Phasen des Pflegeprozesses hindurch anzuwenden ist. (Weber und Kelly, 2003 zit. aus Just 2006).

Versucht man dem Ergebnis der vorliegenden Studie auf den Grund zu gehen, so stellt sich eine weitere Frage: Wo halten Pflegepersonen die aktuellen Assessmentdaten in der Pflegedokumentation fest? Wird die Literatur dahingehend durchforstet, zeigt sich die Empfehlung, die Ergebnisse des kontinuierlichen Assessments in Checklisten, Beobachtungs- und Überwachungsbögen sowie in den Pflegeberichten der Pflegedokumentation festzuhalten (Brobst et al., 2007, Leoni-Scheiber, 2004). In den Ausführungen der Autoren wird dabei der Pflegeanamnesebogen nicht erwähnt. Die Begründung für eine derartige Vorgehensweise liegt einerseits darin, dass die oben angeführten Assessmentformulare eine schnelle und verlässliche Hilfe sein können, um die Tendenzen im Krankheitsverlauf des Patienten aufzuzeigen, andererseits finden neue Daten Platz im Pflegebericht, da dort Informationen mit aktuellem Datum und aktueller Uhrzeit eingetragen werden. Eine Aktualisierung von Daten ist in einem Anamneseformblatt oft nur schwer möglich, da aufgrund der Ergänzungen die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit vielfach verloren geht.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie mag deshalb nicht ganz befriedigend sein, da von Seiten der Autorin die Aktualisierung der Anamnesedaten ausschließlich im Dokumententeil der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® und nicht an anderen Stellen, wie z.B. im Pflegebericht untersucht wurde. Die Autorin der vorliegenden Arbeit möchte an dieser Stelle auch kritisch anmerken, dass sich das vorliegende Ergebnis lediglich auf eine quantitative Untersuchung stützt und daher eine Gesamtbeurteilung der Aktualisierung von Daten nicht möglich ist. Eine qualitative Untersuchung zu diesem Thema könnte zusätzliche Informationen liefern. Das Wissen um die Veränderungen des Patientenzustandes während seines Behandlungsverlaufes erfordert von Pflegepersonen die Dokumentation der Daten in allen Schritten des – von Dynamik geprägten – Pflegeprozesses. Aus diesem Grund verlangt eine umfassende Untersuchung bezüglich einer Aktualisierung der Pflegedaten nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Analyse der gesamten Pflegedokumentation. Die thematisch bedingte, auf die Pflegeanamnese reduzierte Auswertung der vorliegenden Daten in N.Ca.Sol.® zeigt damit ihre Limitation.

In diesem Zusammenhang muss zwischen zwei verschiedenen Arten von zu aktualisierenden Assementdaten differenziert werden. Sind zur Neueinschätzung einer Pflegesituation aktuelle *pflegerische Daten* miteinzubeziehen, so ist – im Sinne der Evaluation im Pflegeprozess – die Dokumentation im Pflegebericht gerechtfertigt. Handelt es sich hingegen z.B. um neue oder zu vervollständigende administrative *Kerndaten* oder um andere *Basisdaten*, so wird es angemessen sein, diese im Dokument der Pflegeanamnese festzuhalten. Auch wenn aufgrund der Veränderung der Assessmentdaten Veränderungen im Pflegeplan vorzunehmen sind, wird es sinnvoll sein, den Weg über die Pflegeanamnese zu gehen um der Systematik des Pflegeprozesses zu folgen.
Anzumerken ist, dass gerade in diesem Zusammenhang die Vorzüge einer EDV-gestützten Pflegedokumentation positiv genützt werden können, um der Vollständigkeit, Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit in der Dokumentation Rechnung zu tragen und damit die Professionalität und Transparenz der Pflege zu erhöhen (Ammenwerth et al., 2001).
Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sämtliche Assessmentformulare juristisch akkreditierte Bestandteile der Patientenakte sind und daher korrekt geführt werden müssen, um den Pflegenachweis für Patienten und für Dritte zu belegen. Das Recht des Patienten auf Akteneinsicht oder auf Kopien der Formblätter wird an dieser Stelle nochmals betont.
Dass eine Aktualisierung der Pflegeanamnese zu mehr als zwei Drittel in der „Kurzinformation“ stattfindet, überrascht und ist zugleich zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang müsste geklärt werden, ob durch den eingeloggten User tatsächlich eine Aktualisierung in der Kurzinformation stattgefunden hat. Erfolgt der Ausstieg durch den User über die Taste „F10“ – auch wenn nur die Leseberechtigung in Anspruch genommen wurde – so wird in N.Ca.Sol.® eine Aktualisierung der Kurzinformation registriert. Ein Ausstieg mit der Taste „Escape“ aus der Kurzinformation verursacht keine Registrierung und wäre bei Inanspruchnahme der Lesefunktion demnach der korrekte Weg.

Zusammenfassend zeigt sich, dass bei nur ca. einem Drittel – und dies zu 75% im konservativen Fachbereich – eine Aktualisierung der Pflegeanamnese im Assessmentformular von N.Ca.Sol.® stattfindet. Für die Aktualisierung der Pflegeanamnese wird in mehr als zwei Dritteln die Dokumentationsform „Kurzinformation“ verwendet. Die Literatur betont, dass das Assessment die gesamte Patientenbetreuung in einem zielbezogenen kontinuierlichen Vorgang begleitet (Stukenkemper et al., 2007) und die Dokumentation der aktuellen Assessmentdaten in den verschiedenen Formularen der Patientenakte erfolgt. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung bezieht sich ausschließlich auf eine quantitative Dokumentenanalyse der Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® und hat damit begrenzte Aussagekraft. Zur Unterstützung des Analyse- und Interpretationsprozesses sieht die Au-

torin die Notwendigkeit, das Ergebnis mit den dokumentierenden Pflegepersonen zu reflektieren. Zugleich ist die Leitung des Pflegedienstes in Zusammenarbeit mit den diplomierten Pflegepersonen gefordert, die Art und Weise der Aktualisierung von Assessmentdaten im vorliegenden Dokumentationssystem einer Regelung zuzuführen und sie allen Mitarbeitern der Pflege transparent zu machen.
Um jedoch eine umfassendere, fundierte Aussage über die Dokumentation der aktuellen Assessmentdaten zu erzielen, empfiehlt die Autorin eine weiterführende Studie mit einer qualitativen Analyse der gesamten Pflegedokumentation.

5.3 Repräsentativität der Ergebnisse

Aus Sicht der Autorin wäre ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit ähnlichen Analysen bei Verwendung desselben rechnergestützten Pflegedokumentationssystems N.Ca.Sol.® sehr interessant. Da das Dokumentationssystem N.Ca.Sol.® in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs installiert und mit der Adaptierung des Softwareproduktes bezüglich der Dokumentationsarten der Pflegeanamnese ausgestattet ist, wäre ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder naheliegend. Anhand dieser Ergebnisse ließe sich dann klären, ob Mängel in der Dokumentation in erster Linie auf das Dokumentationssystem N.Ca.Sol.®, wie etwa dessen zu aufwendige Handhabbarkeit in der Pflegepraxis oder auf andere Gründe, wie z.B. eine generell ablehnende Haltung des Pflegepersonals gegenüber der Dokumentationspflicht des Pflegeprozesses, zurückzuführen sind.
Durch einen Vergleich mit Expertenaussagen an anderen Häusern der Barmherzigen Brüder könnte die Haltung und Einstellung der Pflegepersonen zur Dokumentation näher beleuchtet werden und Aufschluss über etwaige notwendige und einzuleitende Maßnahmen durch das Pflegecontrolling geben.

Die vorliegende Untersuchung nahm ihren Ausgangspunkt in der „Problemzentrierung der Pflegeanamnese“ am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien; dabei stützt sich die Auswertung, Analyse und Interpretation auf im Haus festgelegte Soll-Werte, so dass die Ergebnisse nur mit Vorbehalt auf andere Häuser der Barmherzigen Brüder Österreichs übertragbar sind, da diese eigene, abweichende Soll-Werte festlegen können.

Eine Vereinheitlichung in der Vorgehensweise an den verschiedenen Häusern der Barmherzigen Brüder erscheint der Autorin als wünschenswert; inwieweit dies in der Realität in organisatorischer und EDV-technischer Hinsicht umsetzbar ist, entzieht sich der Einschätzung der Autorin.

6 AUSBLICK

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine Teilanalyse der seit fünf Jahren bestehenden rechnergestützten Pflegedokumentation N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien durchgeführt.

Auf der Basis des von den Verantwortlichen des Hauses aufgezeigten „problemzentrierten Weges“ der EDV-gestützten Pflegedokumentation liegen in der vorliegenden Analyse der dokumentierten rechnergestützten Pflegeanamnesen einerseits die Ergebnisse über die Erfüllung der formalen Rahmenbedingungen vor, und andererseits konnten einige Hintergründe für das Dokumentationsverhalten von Diplompflegepersonen sowie Verbesserungsvorschläge für die zukünftige Dokumentationspraxis in Erfahrung gebracht werden.

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zeigen, dass weder die gesetzliche Forderung zur Dokumentation der Pflegeanamnese noch die Dokumentation im vorgegebenen Zeitrahmen der hausinternen Regelung zu 100% erfüllt wurden und damit verbesserungswürdig sind. Weiters zeigt die Auswertung der vorliegenden Daten, dass der erstmalig festgelegte Soll-Wert hinsichtlich der Verfasser der Dokumentation der Pflegeanamnese mit den Ist-Werten aus dem konservativen Fachbereich eine hohe Übereinstimmung zeigt, während im operativen Fachbereich eine gravierende Divergenz vorliegt. Der Dokumentationsform „Kurzinformation“ wird sowohl von den dokumentierenden DGKP als auch von den Schülern der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eindeutig der Vorzug gegeben. In nur ca. einem Drittel erfolgt eine Aktualisierung der Pflegeanamnese ab dem dritten Pflegetag des Patienten.

In der Verknüpfung des quantitativen und qualitativen Forschungsansatzes zeigt sich auf der Ebene der Ergebnisse, dass sie zum einen konvergieren (z.B. Dokumentation innerhalb der ersten zwei Tage nach Aufnahme des Patienten), weiters divergieren (z.B. Angaben zum Soll-Wert hinsichtlich der Verfasser der Dokumentation der Pflegeanamnese) und zum anderen komplementär zueinander sind, wie sich dies z.B. in der Art und Weise der Verwendung der Dokumentationsformen für die Zukunft zeigt.

Mit der Auswertung der Ergebnisse wird deutlich, dass sich die Anwendung quantitativer und qualitativer Methoden, im Sinne einer methodenübergreifenden Triangulation, gelohnt hat. Die positiven Effekte der Methodenkombination konnten sinnvoll genützt werden (es fand durchwegs eine inhaltliche Ergänzung der quantitativen Ergebnisse durch den qualitativen Ansatz statt) und der Mehrwert der ermittelten Ergebnisse steht für eine gründliche und umfassende Erkundung des Untersuchungsgegenstandes.

Weßel und Spreckelsen (2007) bringen zum Ausdruck, dass die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden in der medizinischen Informatik zunehmende Verbreitung findet. Dabei können Erkenntnisse zu den Bedürfnissen der Anwender, ihrer Arbeit sowie dem Erfolg oder Scheitern eines IT-Systems gesammelt werden. Das Kennenlernen der Hintergründe und Ursachen ist von besonderem Interesse, vor allem dann, wenn es um die Entwicklung oder Verbesserung eines IT-Systems geht.

Betrachtet man das Gesamtergebnis der Analyse der rechnergestützten Pflegeanamnesen am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien (die allerdings nur eine Teilanalyse der gesamten Pflegedokumentation darstellt) so ist auffallend, dass trotz hoher Anschaffungs- und Qualifizierungskosten der tatsächliche Nutzen des N.Ca.Sol.® begrenzt ist. Die Dokumentationsform „Kurzinformation“ wurde zunächst lediglich als Einstiegshilfe und Arbeitserleichterung für die Anwender des N.Ca.Sol.® geschaffen. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, blieb auch nach jahrelangem Routinebetrieb der automatische Umstieg von der Kurzinformation auf die „Pflegeanamnese mit zugrunde liegendem Pflegemodell nach Roper et al.“ durch die Diplompflegepersonen aus. Ein gezielter Einsatz der beiden Dokumentationsformen bzw. die bewusste Entscheidung für eine Variante lässt sich in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls nicht erkennen. Die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“ bietet ein ausführliches Assessment, das einerseits über eine reine Datensammlung hinausgeht und dabei die Darlegung des Pflegebedarfs in den Mittelpunkt stellt und andererseits als Basis für eine begründete, nachvollziehbare Pflegeplanung dient.

Es ist evident, dass mit der Auswahl und der Anschaffung des rechnergestützten Pflegedokumentationssystems N.Ca.Sol.® einem vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien geforderten, klar definierten Bezugsrahmen (z.B. Klassifikationssystem) und dem zugrunde liegendem Pflegeverständnis (z.B. repräsentiert durch das Pflegemodell nach Roper et al.) Rechnung getragen werden sollte. Trotzdem bedeutet die Anschaffung eines als geeignet eingestuften Systems nicht automatisch ein reibungsloses Funktionieren der Pflegedokumentation, sondern erfordert auch die Akzeptanz der Pflegepersonen.

An dieser Stelle muss den Pflegepersonen auch bewusst sein, dass die rechnergestützte Pflegedokumentation keinesfalls die theoretische Auseinandersetzung mit den Inhalten des Pflegeprozesses, mit einem grundlegenden Pflegeverständnis, dem gewählten Pflegemodell und der Dokumentation ersetzen kann.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse plädiert die Autorin für umfassende und kontinuierliche Schulungen im Bereich des Pflegeprozesses, der Pflegedokumentation und in der Anwendung des Dokumentationssystems N.Ca.Sol.®. Für diese Aufgaben sind Experten

notwendig, da die Vermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen im Bereich der Pflege sowie der Pflegedokumentation und die Adaptierung und Implementierung des rechnergestützten Pflegedokumentationssystems nicht zwischen „Tür und Angel“ erfolgen kann.
Sollte eines Tages am Haus die gemeinsame NNN-Taxonomie als Ordnungssystem in der Pflegedokumentation zum Einsatz kommen, werden meist nicht alle innerhalb des Assessment-Bezugsrahmens vorgesehenen Kategorien für einen Patienten relevant sein. Es wird notwendig und wichtig sein, den Bezugsrahmen für das Assessment der Patientensituation oder dem pflegerischen Setting anzupassen. Denkbar ist, so genannte „Sets“ für bestimmte Patienten (z.B. mit Augenproblemen) aus den Kategorien der NNN-Taxonomie zusammen zu stellen, damit die Pflegeperson auf diese Weise die relevanten Daten in einer entsprechenden Pflegesituation fokussiert sammeln kann.

In den Gruppeninterviews werden von Seiten der Experten zahlreiche Optimierungsvorschläge (z.B. Erinnerungsfunktion, optische Aufbereitung des Anamneseschirmes, markierte „Muss-Felder“ etc.) am Softwareprodukt genannt, die die Anwendung des Dokumentationssystems N.Ca.Sol.® userfreundlicher gestalten könnten. Die Autorin gibt die Empfehlung an die Verantwortlichen des Krankenhauses, die Änderungsvorschläge sowie den damit verbundenen technischen Aufwand für die Installierung derartiger Änderungswünsche kritisch zu prüfen und eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung zu finden.
Die Autorin regt daher im Beisein eines Pflegewissenschaftlers einen fachlichen Diskurs zu folgenden Grundsatzentscheidungen an:

- Zeitrahmen der Erhebung der Pflegeanamnese
- realistischer und angemessener Soll- bzw. Richtwert bezüglich der Verfasser der Pflegeanamnesen
- Elimination der Kurzinformation zugunsten einer Verknüpfung der beiden vorhandenen Dokumentationsformen der Pflegeanamnese
- Aktualisierung der Assessmentdaten

Ein derartiger fachlicher Diskurs sollte, einerseits zwischen Pflegedirektion und den Stationsleitungen innerhalb des Hauses und andererseits auf Provinzebene mit allen Pflegedirektoren der Barmherzigen Brüder Österreichs und dem Pflegecontrolling stattfinden.
Es wird unabdingbar sein, jeden einzelnen Mitarbeiter in schriftlicher Form von den daraus resultierenden Verbindlichkeiten und Regelungen in Kenntnis zu setzen, um eine Qualitätssicherung bzw. –verbesserung im Bereich der Pflegedokumentation zu gewährleisten. Vorstellbar ist, ein übersichtliches und anwenderfreundliches Benutzerhandbuch

aufzulegen, einen Aushang über relevante Programmteile direkt am PC-Arbeitsplatz anzubringen oder für neue Mitarbeiter eine Kurzinformation bereit zu stellen.

In der Auseinandersetzung mit der pflegewissenschaftlichen Literatur zum Thema Pflegeanamnese bietet sich eine Begriffsvielfalt mit den unterschiedlichsten Definitionen, die im Sinne einer einheitlichen Pflegefachsprache unbefriedigend erscheint. Im englischen und zunehmend auch im deutschen Sprachraum wird für den Begriff „Pflegeanamnese“ der Begriff „Assessment“ verwendet. Die Autorin plädiert für Diskussionen in Fachkreisen dafür, den im GuKG verankerten Begriff der „Pflegeanamnese“ durch den Begriff „Pflegeassessment“ zu ersetzen. Damit würde der Begriff der Pflegeanamnese endgültig abgelöst und durch den Begriff Assessment ersetzt, der die Anamnese als wichtigen Bestandteil eines umfassenden Assessmentkonzepts mit einschließt und für einen „wiederholten Prozess der Einschätzung und Beurteilung“ steht.
In der nationalen und internationalen Pflegeliteratur konnten zahlreiche Studien zur Pflegediagnostik identifiziert werden; im Gegensatz dazu sind Studien über die Pflegeanamnese in inhaltlicher und formaler Hinsicht eher unterrepräsentiert.
Zur Verstärkung der Wissenschaftsorientierung in der Pflege und der damit verbundenen Pflegedokumentation ist es jedoch unumgänglich, auch der „Pflegeanamnese“ ihren notwendigen Stellenwert in der Pflegeforschung zu geben, denn

„Der Anfang ist die Hälfte des Ganzen“ (Aristoteles).

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Bildschirmkopie der Pflegeanamnese nach dem Pflegemodell N. Roper et al. in N.Ca.Sol.®.....17
Abb. 2: Bildschirmkopie mit beispielhaften Schlüsselfragen.....18
Abb. 3: Bildschirmkopie der Kurzinformation in N.Ca.Sol.®.....20
Abb. 4: Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Darstellung durch Autorin).....21
Abb. 5: Studiendesign – Übersicht (Darstellung durch Autorin).....29
Abb. 6: Studiendesign – Detail (Darstellung durch Autorin).....30
Abb. 7: Grundlagen für das Erhebungsinstrument der quantitativen Studie.....33
Abb. 8: Flussdiagramm zur Darstellung des Ist-Soll-Vergleiches als Entscheidungsgrundlage für die Triangulation (Darstellung durch Autorin).....41
Abb. 9: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen (vgl. Wittkowski, 1994 zit. aus Mayring, 2002, S. 66).....45
Abb. 10: Dimensionen der Unterscheidung von Interviews als Basis für das Erhebungsinstrument (Darstellung der Autorin in Anlehnung an Bortz und Döring, 2006, Lamnek, 2005).....45
Abb. 11: Interviewfragen auf Basis der Forschungsfragen (Darstellung durch Autorin)...49
Abb. 12: Grafische Darstellung der Kodierung und Kategorisierung (Darstellung durch Autorin).....61
Abb. 13: Zusammenfassende Darstellung der Arbeitsschritte „Aufbereitung und Auswertung“ der qualitativen Studie (Darstellung durch Autorin).....63
Abb. 14: Gütekriterien und ihre Relevanz für die Studie (Darstellung durch Autorin).....65
Abb. 15: Darstellung der Zielpopulation und verfügbaren Population (Angabe von absoluten Häufigkeiten; N=378 bzw. n=348).....67
Abb. 16: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=348).....68
Abb. 17: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308).....69
Abb. 18: Auswertung zu IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?.....70

Abb. 19: Auswertung zu IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu ….% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?....71
Abb. 20: Auswertung zu IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?....72
Abb. 21: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)....73
Abb. 22: Verfasser der Pflegeanamnese bezogen auf die Fachbereiche (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)....74
Abb. 23: Auswertung zu IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?....75
Abb. 24: Auswertung zu IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass ….% der dokumentierten Pflegeanamnesen von Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu? 77
Abb. 25: Auswertung zu IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion? 78
Abb. 26: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=308)....79
Abb. 27: Auswertung zu IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale? 81
Abb. 28: Auswertung zu IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation? 82

Abb. 29: Auswertung zu IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung? ..83
Abb. 30: Darstellung der verfügbaren Population und die Anzahl der Patienten ab dem dritten Pflegetag (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=348 bzw. n=234) 84
Abb. 31: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=234) 85
Abb. 32: Aktualisierung der Pflegeanamnese bezogen auf die Fachbereiche (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=234) 85
Abb. 33: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert? (Angabe von absoluten Häufigkeiten; n=68) 86

8 LITERATURVERZEICHNIS

Ammenwerth E.; Eichstädter R.; Happek T.; Haux R.; Hoppe B.; Kandert M.; Kutscha A.; Luther G.; Mahler C.; Mannmann U.; Pohl U. (2001): PIK-Studie 2000/2001. Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation auf vier Pilotstationen. Abschlussbericht – Studienprotokoll und Ergebnisse. Universitätsklinikum Heidelberg

Ammenwerth E.; Eichstädter R.; Schrader U. (2003): EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfaden für Praktiker. Hannover, Schlütersche GmbH&Co.KG

Ammenwerth E.; Haux R. (2005): IT-Projektmanagement in Krankenhaus und Gesundheitswesen. Stuttgart-New York, Schattauer

ARGE Mödling (2003): Qualitätsmanagement in der Pflege. Erheben der Pflegeanamnese im Rahmen des Pflegeprozesses. ON Regel, ONR 116001, Österreichisches Normungsinstitut

Bartholomeyczik S.; Schrems B.; Mahn T.; Morgenstern M.; Schrader U.; Steenek A. (2004): Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln

Bartholomeyczik S.; Halek M. (Hrsg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Benner P. (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern, Verlag Hans Huber

Boccoli E; Lavazza L; Tomaiuolo M; Brandi A; Melani AS, Trianni G. (2001): The content and structure of nursing documentation in Careggi Hospital, Florence 1998: results and perspectives. In: Epidemiologia e prevenzione 25(4-5)/2001, S. 174-180

Bogner A.; Littig B.; Menz W. (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Bortz J.; Döring N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. 4. überarbeitete Auflage. Berlin-Heidelberg-New York, Springer Medizin Verlag

Brobst R.; Clarke Coughlin A.M.; Cunningham D.; Feldmann J.M.; Hess R.G.; Mason J.E.; Fenner McBride L.A.; Perkins R.; Romano C.A.; Warren J.J.; Wright W. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Bern, Verlag Hans Huber

Brockhaus-Enzyklopädie (1988): Band 5. 19. Auflage. F.A. Brockhaus Mannheim

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2002): Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGB. I Nr. 65/2002. Wien

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (1999): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. I Nr. 195/1999. Wien

Burns N.; Grove S. K. (2005): The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique, and Utilization. 5th Edition. St. Louis, Missouri, Elsevier Saunders (USA)

Collier I.C.; McCash K.E.; Bartram J.M. (1998): Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Deutsche Ausgabe herausgegeben von J. Georg. Wiesbaden, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbh&Co

Denzin N.K. (1977): The Research Act. A Theoretical Instruction to Sociological Methods. 2. edition. New York: McGraw-Hill

Duden (2001): Das Fremdwörterbuch. Mannheim Leipzig Wien Zürich, Dudenverlag

EuroSystems (2006): The CareSolutions Family. We do IT your way. Eurosystems DatenverarbeitungsGesellschaft m.b.H.

Fafflock H.; Güttler K.; Lehmann A.; Bruns T.; Wicha I. (2003): Pflegeprozess - Standardisierung und Qualität in der Pflege. Band 50. Aachen, Verlag Mainz, Wissenschaftsverlag

Fiechter V.; Meier M. (1993): Pflegeplanung – Eine Anleitung für die Praxis. 9. Auflage. Basel, Recom Verlag

Flick U. (2004): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

From G.; Perdersen LM; Hansen J.; Christy M.; Gjorup T.; Thorsgaard N.; Perrild H.; Bonnevie O.; Frolich A. (2003): Evaluating two different methods of documenting care plans in medical records. In: Clinical Governance: An International Journal 8(2)/2003, S. 138-150

Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV (1999): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 179. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Gordon M. (1994): Pflegediagnosen. Berlin/Wiesbaden, Ullstein-Mosby

Gordon M.; Bartholomeyczik S. (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München Jena, Urban&Fischer Verlag

Güttler K.; Lehmann A. (2003): Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes „Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor“. In: Pflege 16/2003, S. 153-160

Holloway I.; Wheeler St. (1997): Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH&Co

Isfort M.; Weidner F. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Freiburg/Köln. www.dip-home.de (20.4.2007)

Just A (2000): Theorie geleitete Pflegediagnostik? In: Käppeli, S. (2000): Pflegediagnostik unter der Lupe – Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich, ZEFP (Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege), Zürich

Just A. (2006): Die Abbildung des Pflegeprozesses im elektronischen Patientendossier – Das Zürcher Datenmodell – Abschlussbericht des DAPEP-Teilprojektes B

Käppeli S. (2000): Pflegediagnostik unter der Lupe – Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich. ZEFP (Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege), Zürich

Lamnek S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Leoni-Scheiber C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien, Facultas

LoBiondo-Wood G.; Haber J. (2005): Pflegeforschung. Methode-Bewertung-Anwendung. 2. Auflage. München, Urban&Fischer

Maanen van H. (2002): Die Entwicklung einer Pflegefachsprache aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive: Das Warum und Wozu. In: Pflege 15/2002, 198-207

Mahler C.; Ammenwerth E.; Eichstädter R.; Hoppe B.; Mansmann U.; Tautz A.; Wagner A. (2002): PIK-Studie 2000/2001. Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentationen auf vier Pilotstationen. Abschlussarbeit – Teil: Qualitätsmessung. Universitätsklinikum Heidelberg

Mahler C.; Ammenwerth E.; Tautz A.; Wagner A.; Eichstädter R.; Hoppe B. (2003): Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen. In: Pflege 16/2003, S. 144-152

Mayer H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien, Facultas

Mayring P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5.; überarbeitete und neu ausgestattete Auflage 2002. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Mayring P.; Gläser-Zikuda M. (Hrsg) (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Mbabazi P.; Cassimjee R. (2006): The quality of nursing documentation in a hospital in Rwanda. In: Africa Journal of Nursing and Midwifery 8(1)/2006, S. 31-42

Morse J.M; Field P.A. (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Helen Prakke und bearbeitet von Angelika Zegelin. Wiesbaden, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH&Co

Müller-Staub M. (2001): Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. Eine Literaturübersicht. In: Pflege 14/2001, S. 230-238

Müller-Staub M. (2006): Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. In: Pflege 19/2006, S. 275-279

ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Pflegebericht, Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien

Pägel U. (1989): Dokumentation des pflegerischen Erstgesprächs. 1. Teil: Entwicklung eines Formblattes. In: Walther, S. (2001): Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Bern, Verlag Hans Huber

Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder (2006): Praxiskatalog für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege

Polit D.F.; Beck Ch. T. (2004): Nursing Research. Principles and Methods. Seven Edition. Philadelphia PA, Lippincott Williams&Wilkins

Potter P.A.; Becker Weilitz P. (2005): Pflegeanamnese und Pflegediagnostik. Checklisten zur professionellen Einschätzung des Gesundheitszustandes eines Patienten. München Jena, Elsevier Urban&Fischer

Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes: Kranken- und Kuranstaltengesetz. http://ris.bka.gv.at (10.5.2007)

Renz P. (2004): Entwicklung des Instrumentes Pflegedokumentationsanalyse und Prüfung der Validität und Reliabilität. Diplomarbeit, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Schaubmayr C. (2004a): Bedeutung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation für das Pflegemanagement Analysen, Vorschläge und Visionen. Dissertation, UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik Hall in Tirol. www.umit.at (9. 4.2007)

Schaubmayr C. (2004b): Welche Bedeutung hat die Pflegedokumentation und die Pflegeinformatik. In: PRINTERNET. Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege 11/2004, S. 616-619

Schrems B. (2003): Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien, Facultas

Schwamberger H. (2006): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-GuKG). Wien, Österreich GmbH

Seidl E.; Walter I. (1988): Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Eine Untersuchung von 100 Pflegedokumentationen. In: Pflege 1 (1/1988), S. 50-56

Sladecek E.; Marzi L.M; Schmiedbauer T. (2006): Recht für Gesundheitsberufe.3.; neu überarbeitete Auflage. Wien, LexisNexis ARD ORAC Verlag

Stefan H.; Eberl J.; Schalek K.; Streif H.; Pointner H. (2006): Praxishandbuch Pflegeprozess. Lernen – Verstehen – Anwenden. Wien New York, Springer Verlag

Steffan S.; Laux H.; Wolf-Ostermann K. (2007): Einstellungssache IT-gestützte Pflegedokumentation? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: PRINTERNET. Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege 02/2007, S. 94-101

Steininger A. (2007): Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation. Magisterarbeit, UMIT Private Universität für Gesundheitswissen Medizinische Informatik und Technik Hall in Tirol. www.umit.at (10.10.2007)

Streckel S. (2000): Rechtliche Anforderungen an eine EDV-gestützte Dokumentation. In: Die Schwester/Der Pfleger 01/2000, S. 60

Stukenkemper J.; Landenberger M.; Horn I.; Pröbstl A.; Lasic G.; Feistl M.; Nothdurft I.; Thoke-Colberg A. (2007): Pflegerisches Assessment zur wissenschaftliche gestützten Pflegebedarfserhebung in der Onkologie. In: PRINTERNET. Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege 04/2007, S. 272-280

Thiel V. (2001): Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 04/2001, S. 338-342

Weiss-Faßbinder S.; Lust A (2006): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

Weiß C. (2005): Basiswissen Medizinische Statistik. 3. Auflage. Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Weßel C.; Spreckelsen C. (2007): Qualitative Forschungsmethoden auf den Punkt gebracht. Ein Trainingsprogramm für leitfaden-gestützte Interviews in der Medizinischen Informatik. In: PRINTERNET. Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege 09/2007, S. 542-548

Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) (2003): Richtlinienteil der Rahmenstandards, Wien

Zegelin A. (1996): Pflegerituale. In: Die Schwester/Der Pfleger 04/1996, S. 338-340

9 ANHANG

Anhang 1: Erhebungsbogen zur Dokumentenanalyse – N.Ca.Sol.®

Anhang 2: Zeittabelle für die Datenerhebung – N.Ca.Sol.®

Anhang 3: Interviewleitfaden – Gruppeninterview mit Experten

Anhang 4: Informierende Einverständniserklärung

Anhang 5: Detaillierte Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse der quantitativen Studie aller 14 Normalpflegestationen

- Herzstation A 1.2 ..... 5/1
- Sonderklasse/Augen A 2.2 ..... 5/4
- Station Interne 5/7
- Akutgeriatrie A 3.2 ..... 5/10
- Sonderklasse A 4.2 ..... 5/13
- Neurologie C 1.2 ..... 5/16
- Station C 3.2 ..... 5/19
- Chirurgie/Schmerz A 3.1 ..... 5/22
- Urologie A 4.1 ..... 5/25
- Sonderklasse A 5.1 ..... 5/28
- Sonderklasse A 5.2 ..... 5/31
- Chirurgie B 3.1 ..... 5/34
- HNO 5/37
- Gynäkologie C 3.1 ..... 5/40

Anhang 6: Zusammenfassende Protokolle der vier Gruppeninterviews mit Experten

- Interview A 6/1
- Interview B 6/7
- Interview C 6/13
- Interview D 6/19

Anhang 7: Eidesstattliche Erklärung

Anhang 1

Erhebungsbogen zur Dokumentenanalyse – N.Ca.Sol.®

Datum der Datenerhebung: _____

Station: _____

Anzahl der systemisierten Betten der Station: _____

Anzahl der stationären Patienten am Erhebungstag: _____

Anzahl der stationären Patienten
- ab dem 3. Pflegetag -
zum Zeitpunkt der Datenerhebung: _____

Anzahl der Schüler im Praktikum am Erhebungstag: _____

Dauer der Datenerhebung in Minuten: _____

Anmerkungen:

_____

_____

_____

Analysedimensionen		Teil A: Dokumentation der erhobenen Pflegeanamnese			Teil B: Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese			Teil C: Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese		
		1. Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?			2. Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?			3. Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Pat.	Aufnahmedatum	Ja	Offen	Nein	Am Aufnahmetag	Am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)	Später (nach dem 2. Pflegetag)	DGKP	Schüler	Pflegehilfe/ sonstiges Personal
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										
32.										
33.										
34.										
35.										
36.										
37.										

Teil D: Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser						Teil E: Aktualisierung der Pflegeanamnese			
4. Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?						5. Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		6. Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?	
Kurzinformation/ DGKP	Kurzinformation/ Schüler	Kurzinformation/ Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	Pflegeanamnese- Pflegemodell/ DGKP	Pflegeanamnese- Pflegemodell/ Schüler	Pflegeanamnese- Pflegemodell/ Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	ja	nein	Kurzinformation	Pflegeanamnese - Pflegemodell

Anhang 2

Zeittabelle für die Datenerhebung – N.Ca.Sol®

Station Fachbereich (FB)	Anzahl der zugeteilten Schüler / Anzahl der praktizierenden Schüler am Erhebungstag	Datum Uhrzeit
Station C 3.2 Konservativer FB	--------	01.10.2007 16:15
Sonderklasse/Augen A 2.2 Konservativer FB	--------	01.10.2007 17:15
Neurologie C 1.2 Konservativer FB	3 / 2	03.10.2007 17:00
Sonderklasse A 5.1 Operativer FB	3 / 2	03.10.2007 18:45
Sonderklasse A 5.2 Operativer FB	2 / 2	03.10.2007 19:15
Gynäkologie C 3.1 Operativer FB	1 / 1	03.10.2007 20:00
Herzstation A 1.2 Konservativer FB	2 / 1	03.10.2007 20:30
Station Interne Konservativer FB	6 / 6	09.10.2007 16:30
Chirurgie B 3.1 Operativer FB	3 / 3	09.10.2007 18:30
Akutgeriatrie A 3.2 Konservativer FB	2 / 2	09.10.2007 19:15
Chirurgie/Schmerz A 3.1 Konservativer FB	4 / 3	10.10.2007 16:00
Urologie A 4.1 Operativer FB	5 / 3	10.10.2007 16:45
Sonderklasse A 4.2 Konservativer FB	1 / 1	10.10.2007 17:30
HNO C 1.1 Operativer FB	2 / 1	16.10.2007 17:30

Der 15.10.2007 wurde als Ersatztermin eingeplant.

Anhang 3

Interviewleitfaden - Gruppeninterview mit Experten

Rechnergestützte Pflegeanamnese im Pflegedokumentationssystem - N.Ca.Sol.®

Code: _____

Datum: _____

Daten der Interviewpartner[1]:

_____

Experte 1: Qualifikation / Funktion seit / arbeitet mit N.Ca.Sol.® seit

_____

Experte 2: Qualifikation / Funktion seit / arbeitet mit N.Ca.Sol. ® seit

_____

Experte 3: Qualifikation / Funktion seit / arbeitet mit N.Ca.Sol. ® seit

Fachbereich der Station: _____

Ort des Interviews: _____

Dauer des Interviews: _____

_____

Unterschrift des Interviewers

[1] Die gewählte Form gilt im gesamten Text für beide Geschlechter.

Einleitung:

1. Begrüßung und Vorstellung
2. Dank für die Gesprächsbereitschaft
3. Ziel der Studie / Ziel des Gespräches
4. Information und Aufklärung über: Informierende Einverständniserklärung, Genehmigung der Tonbandaufnahme, Zusicherung der Anonymität
5. Zeitrahmen (ca. 60 min.): pro Themenbereich sind ca. 15-20 min. eingeplant; im Anschluss daran sind noch berufsspezifische Angaben zu den Interviewpartnern aufzunehmen
6. Ermutigung zur aktiven Teilnahme

Hauptteil:

Fragen zu drei Themenbereichen

Zur Analysedimension: Zeitpunkt der erhobenen dokumentierten Pflegeanamnese

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

- Wie lautet die Regelung?
- Wann und in welcher Form erfährt ein neuer Mitarbeiter von dieser Regelung?

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu ….% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert.

Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

- Ist das Ergebnis vom Wochentag/von der Personalsituation abhängig?
- Ist für Sie die Pflegeanamnese eine wichtige Grundlage für Ihre pflegerische Arbeit?
- Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Fachdisziplin Ihrer Station und der Notwendigkeit für eine Pflegeanamnese Ihrer stationären Patienten?
- Ist lediglich der gesetzliche Auftrag zu erfüllen – d.h. spätestens am Entlassungstag muss eine Pflegeanamnese dokumentiert sein?

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pfleganamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

- Soll der Zeitpunkt der zu erhebenden Pflegeanamnese individuell mit dem Patienten festgelegt werden?
- Soll die hausinterne Regelung schriftlich in Kenntnis gebracht werden?
- Soll im N.Ca.Sol.® eine Erinnerungsfunktion eingerichtet werden?

Zur Analysedimension: Qualifikation des Verfassers der dokumentierten Pflegeanamnese

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

- Muss der Schüler mindestens eine Pflegeanamnese unter Ihrer Anleitung und Aufsicht durchgeführt haben?
- Muss der Schüler mindestens eine Woche auf Ihrer Station praktiziert haben?
- Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, dass Sie Ihrem pädagogischen Auftrag nachkommen können?

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass ….% der dokumentierten Pflegeanamnesen von den Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

- Halten Sie diesen Prozentsatz für angemessen?
- Beurteilen Sie diesen Prozentsatz als Ausnahmesituation (event. bei Personalknappheit)?
- Soll Ihrer Meinung nach ein Soll-Wert für das Haus festgelegt werden?

IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

- Sehen Sie sich rechtlich abgesichert?
- Haben Sie diesbezüglich Vorschläge/Wünsche an das Krankenhaus?

Zur Analysedimension: Wahl der Dokumentationsform der Pflegeanamnese durch den Verfasser

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

- Ist die „Handhabung/Benutzeranwendung“ ein ausschlaggebendes Merkmal?
- Ist der „Umfang“ der Pflegeanamnese ein Kriterium?
- Ist das „Pflegeverständnis“ ein Unterscheidungsmerkmal?

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

- Hat die Art der Pflegeanamnese einen positiven oder negativen Einfluss auf den diagnostischen Prozess bzw. auf die Pflegeplanung (z.B. Erstellen der Pflegediagnosen)?
- Was erwarten Sie sich von einer rechnergestützten Pflegeanamnese?

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

- Sollte in Zukunft nur eine Form zur Auswahl stehen? Für welche der beiden Formen würden Sie sich entscheiden?
- Ist bei bestimmten Patientengruppen nur eine bestimmte Form der Pflegeanamnese geeignet?

Abschluss:

1. Dank für das Gespräch – Tonband abschalten

2. Wunsch zur Einsichtnahme in das zusammengefasste Protokoll (Überprüfung der Inhalte):
   Person 1: ja / nein Person 2: ja / nein Person 3: ja / nein

3. Formular mit den berufsspezifischen Angaben zu den Interviewpartnern wird gemeinsam ausgefüllt (Deckblatt)

Beobachtungen und Eindrücke während des Interviews:

Besondere Vorkommnisse (z.B. bei der Kontaktierung, am Interviewort)

Gesprächssituation (Interaktion während des Interviews, nonverbales Verhalten, Störfaktoren)

Anhang 4

Margareta Jukic-Puntigam MAS - Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder - +43(0) 1 211 21-1313DW

Informierende Einverständniserklärung

Im Rahmen meiner Magisterarbeit des Studiums der Pflegewissenschaft an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) Hall in Tirol, beschäftige ich mich mit der Dokumentation im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien und lege dabei den Schwerpunkt auf die Pflegeanamnese.

Im ersten Schritt der Untersuchung werden Daten von dokumentierten Pflegeanamnesen in N.Ca.Sol.® erhoben und im zweiten Schritt plane ich Interviews mit Diplompflegepersonen.

Worum geht es im Gespräch?

Im Rahmen meiner Forschungsarbeit werden zunächst quantitative Erhebungsdaten aus dem N.Ca.Sol.® mit so genannten Soll-Werten in Beziehung gebracht. Nach Vorliegen der Ergebnisse werden mit Mitarbeitern[2] von jenen 4 Stationen des Krankenhauses Interviews geführt, die am stärksten von den Soll-Werten abweichen.

Ziel der Interviews ist es, Einstellungen, Meinungen und Gründe zur Dokumentation in Erfahrung zu bringen.

Was geschieht bei der Teilnahme am Gespräch?

Das Gespräch findet zwischen Interviewerin und drei Experten in Form eines gemeinsamen „Gruppeninterviews“ statt. Diese drei Personen bestehen aus dem Stationsleiter (bzw. Vertreter), dem Praxisanleiter (bzw. Bezugsperson für Schüler) und einer zusätzlichen DGKP aus dem Team. Am Ende des Gespräches wird um einige Angaben (z.B. Qualifikation, Funktion etc.) gebeten, damit über die Befragung eine zusammenfassende Darstellung zu allen teilnehmenden Personen gegeben werden kann.

Das Gespräch wird ca. 60 Minuten dauern und ist Bestandteil der Dienstzeit (bereits eingeholte Genehmigung in der Pflegedirektion). Die Teilnahme am Gespräch ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden. Damit das Gespräch schriftlich festgehalten werden kann, wird es mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

---

[2] Die gewählte Form gilt im gesamten Text für beide Geschlechter

Der Name der befragten Personen scheint weder auf dem Band, noch in der schriftlichen Abfassung des Gespräches, noch in der Veröffentlichung auf. Nach Abschluss der Arbeit, im Herbst 2008, wird das Tonband entsprechend der Richtlinien der wissenschaftlichen Praxis aufbewahrt.
Betreffend die Auswahl der Stationen ist festzuhalten, dass diese aufgrund der Ergebnisse aus dem N.Ca.Sol.® im Forschungsbericht nachvollziehbar sein wird. Die Forscherin gewährleistet, dass ab dem Zeitpunkt der Interviews die Stationen mit einem Code versehen sein werden.

Alle weiteren Angaben, die die befragten Personen erkennbar machen könnten, werden bei der Abschrift der Tonbänder vertraulich behandelt und so weit wie möglich anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die befragte Person möglich sind.

Das zusammengefasste Protokoll zum Interview steht jeder befragten Person zwecks Überprüfung der Inhalte zur Einsicht zur Verfügung; bei Bedarf ist ein mündlicher Austausch möglich. Die Bereitschaft zur Einsichtnahme kann direkt im Rahmen des Interviews deponiert werden.

Bei Zustimmung zum Gespräch wird die befragte Person von der Forscherin zeitgerecht über den Tag, die Zeit und den Ort des Gespräches informiert.

Hiermit willige ich (Name) _____ Tel.Nr.: _____
ein, an der oben genannten Untersuchung teilzunehmen.
Ich bin darüber informiert, dass ich meine Teilnahme jederzeit widerrufen kann und mein Name im Forschungsbericht nicht erscheinen wird. Interviewfragen sowie Erhebungsdaten werden von mir im Untersuchungszeitraum (bis Ende Dezember 2007) vertraulich behandelt.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers: _____

Datum und Unterschrift der Forscherin: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Anhang 5

Detaillierte Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse der quantitativen Studie aller 14 Normalpflegestationen

Normalpflegestation: Herzstation A 1.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation:16

Verfügbare Population: 14 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 11)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	12	85,71
Offen	2	14,29
Nein	0	0,00
	n =14	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 12 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 2 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. die Patienten wurden am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befinden sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren).

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	9	75,00
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	1	8,33
Später (nach dem 2. Pflegetag)	2	16,67
	n =12	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	10	83,33
Schüler	2	16,67
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =12	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	10	83,33
Kurzinformation/Schüler	2	16,67
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 12	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 12 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 9 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 1 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 2 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 12 Pflegeanamnesen werden zu 83,33% von DGKP und zu 16,67% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	27,27
Nein	8	72,73
	n =11	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	2	66,67
Pflegeanamnese-Pflegemodell	1	33,33
	n =3	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 11 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 3 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 8 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 3 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich 2x in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ und 1x in der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“.

Normalpflegestation: Sonderklasse/Augen A 2.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 24

Verfügbare Population: 16 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 9)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	16	100,00
Offen	0	0,00
Nein	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei allen 16 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	15	93,75
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	1	6,25
Später (nach dem 2. Pflegetag)	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	16	100,00
Schüler	0	0,00
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	16	100,00
Kurzinformation/Schüler	0	0,00
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 16	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 16 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 15 „am Aufnahmetag“ des Patienten und 1 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 16 Pflegeanamnesen werden zu 100% von DGKP ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Wie in Anhang 2 ersichtlich, gibt es zum Zeitpunkt der Erhebung keine zugeteilten Schüler zum Praktikum auf der Station.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	5	55,56
Nein	4	44,44
	n =9	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	5	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =5	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 9 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 5 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 4 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 5 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich alle in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Station Interne (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 61

Verfügbare Population: 64 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 53)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	48	75,00
Offen	6	9,37
Nein	10	15,63
	n =64	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 48 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 6 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. die Patienten wurden am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befinden sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren), während bei 10 Patienten keine Pflegeanamnese dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	28	58,34
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	8	16,66
Später (nach dem 2. Pflegetag)	12	25,00
	n =48	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	35	72,92
Schüler	13	27,08
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =48	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	35	72,92
Kurzinformation/Schüler	13	27,08
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 48	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 48 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 28 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 8 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 12 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 48 Pflegeanamnesen werden zu 72,92% von DGKP und zu 27,08% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	13	24,53
Nein	40	75,47
	n =53	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	13	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =13	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 53 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 13 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 40 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 13 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Akutgeriatrie A 3.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 24

Verfügbare Population: 23 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 20)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	23	100,00
Offen	0	0,00
Nein	0	0,00
	n =23	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei allen 23 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	20	86,96
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	1	4,35
Später (nach dem 2. Pflegetag)	2	8,69
	n =23	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	14	60,87
Schüler	9	39,13
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =23	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	14	60,87
Kurzinformation/Schüler	9	39,13
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 23	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 23 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 20 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 1 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 2 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 23 Pflegeanamnesen werden zu 60,87% von DGKP und zu 39,13% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	5	25,00
Nein	15	75,00
	n =20	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	5	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =5	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 20 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 5 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 15 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 5 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Sonderklasse A 4.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 21

Verfügbare Population: 18 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 14)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	16	88,89
Offen	0	0,00
Nein	2	11,11
	n =18	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 16 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist, während bei 2 stationären Patienten keine Pflegeanamnese dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	12	75,00
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	3	18,75
Später (nach dem 2. Pflegetag)	1	6,25
	n =16	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	13	81,25
Schüler	3	18,75
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	11	68,75
Kurzinformation/Schüler	1	6,25
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	2	12,50
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	2	12,50
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 16	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 16 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 12 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 3 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 1 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 16 Pflegeanamnesen werden zu 81,25% von DGKP und zu 18,75% von Schülern erfasst.

Dabei wählen die DGKP 11x die „Kurzinformation“ und 2x die Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“, während sich Schüler 1x für die „Kurzinformation“ und 2x für die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“ entscheiden.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	9	64,29
Nein	5	35,71
	n =14	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	6	66,67
Pflegeanamnese-Pflegemodell	3	33,33
	n =9	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 14 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 9 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 5 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 9 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 66,67% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ und zu 33,33% in der Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“.

Normalpflegestation: Neurologie C 1.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 27

Verfügbare Population: 26 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 22)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	21	80,77
Offen	4	15,38
Nein	1	3,85
	n =26	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 21 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 4 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. die Patienten wurden am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befinden sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren), während bei 1 stationären Patienten keine Pflegeanamnese dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	16	76,19
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	2	9,52
Später (nach dem 2. Pflegetag)	3	14,29
	n =21	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	15	71,43
Schüler	6	28,57
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =21	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	15	71,43
Kurzinformation/Schüler	6	28,57
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 21	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 21 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 16 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 2 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 3 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 21 Pflegeanamnesen werden zu 71,43% von DGKP und zu 28,57% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	14	63,64
Nein	8	36,36
	n =22	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	3	21,43
Pflegeanamnese-Pflegemodell	11	78,57
	n =14	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 22 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 14 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 8 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 14 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 21,43% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ und zu 78,57% in der Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“.

Normalpflegestation: Station C 3.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 25

Verfügbare Population: 24 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 3)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	21	87,50
Offen	3	12,50
Nein	0	0,00
	n =24	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 21 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 3 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. die Patienten wurden am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befinden sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren).

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	20	95,24
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	1	4,76
Später (nach dem 2. Pflegetag)	0	0,00
	n =21	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	21	100,00
Schüler	0	0,00
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =21	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	20	95,24
Kurzinformation/Schüler	0	0,00
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	1	4,76
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 21	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 21 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 20 „am Aufnahmetag“ des Patienten und 1 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 21 Pflegeanamnesen werden zu 100% von DGKP dokumentiert. Dabei wählen die DGKP 20x die „Kurzinformation“ und 1x die Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“.

Wie in Anhang 2 ersichtlich, gibt es zum Zeitpunkt der Erhebung keine zugeteilten Schüler zum Praktikum auf der Station.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	2	66,67
Nein	1	33,33
	n =3	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	2	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =2	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 3 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 2 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 1 Dokumentation keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 2 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Chirurgie/Schmerz A 3.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 37

Verfügbare Population: 35 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 21)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	28	80,00
Offen	7	20,00
Nein	0	0,00
	n =35	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 28 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 7 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. die Patienten wurden am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befinden sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren).

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	21	75,00
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	4	14,29
Später (nach dem 2. Pflegetag)	3	10,71
	n =28	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	13	46,43
Schüler	15	53,57
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =28	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	13	46,43
Kurzinformation/Schüler	15	53,57
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 28	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 28 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 21 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 4 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 3 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 28 Pflegeanamnesen werden zu 46,43% von DGKP und zu 53,57% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	14,29
Nein	18	85,71
	n =21	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	3	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =3	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 21 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 3 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 18 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 3 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Urologie A 4.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 37

Verfügbare Population: 33 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 24)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	33	100,00
Offen	0	0,00
Nein	0	0,00
	n =33	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei allen 33 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	32	96,97
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	0	0,00
Später (nach dem 2. Pflegetag)	1	3,03
	n =33	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	23	69,70
Schüler	10	30,30
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =33	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	23	69,70
Kurzinformation/Schüler	10	30,30
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 33	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu den Items 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 33 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 32 „am Aufnahmetag“ des Patienten und 1 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 33 Pflegeanamnesen werden zu 69,70% von DGKP und zu 30,30% von Schülern ausschließlich in der Dokumentation „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	0	0,00
Nein	24	100,00
	n =24	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?
Zu dieser Frage gibt es keine Angaben, da zu 100% keine Aktualisierung der Pflegeanamnese stattgefunden hat.

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 24 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass bei allen Dokumentationen (100%) keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Normalpflegestation: Sonderklasse A 5.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 18

Verfügbare Population: 17 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 8)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	17	100,00
Offen	0	0,00
Nein	0	0,00
	n =17	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei allen 17 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	14	82,35
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	2	11,77
Später (nach dem 2. Pflegetag)	1	5,88
	n =17	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	9	52,94
Schüler	8	47,06
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =17	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	9	52,94
Kurzinformation/Schüler	8	47,06
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 17	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 17 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 14 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 2 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 1 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 17 Pflegeanamnesen werden zu 52,94% von DGKP und zu 47,06% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	37,50
Nein	5	62,50
	n =8	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	3	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =3	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 8 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 3 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 5 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 3 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Sonderklasse A 5.2 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 20

Verfügbare Population: 19 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 15)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	18	94,74
Offen	0	0,00
Nein	1	5,26
	n =19	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 18 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist, während bei 1 Patienten keine Pflegeanamnese erfasst ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	18	100,00
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	0	0,00
Später (nach dem 2. Pflegetag)	0	0,00
	n =18	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	7	38,89
Schüler	11	61,11
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =18	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	7	38,89
Kurzinformation/Schüler	11	61,11
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 18	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Alle 18 dokumentierten Pflegeanamnesen werden „am Aufnahmetag“ des Patienten in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 18 Pflegeanamnesen werden zu 38,89% von DGKP und zu 61,11% von Schülern ausschließlich in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	3	20,00
Nein	12	80,00
	n =15	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	3	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =3	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 15 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 3 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 12 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 3 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: Chirurgie B 3.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 24

Verfügbare Population: 23 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 15)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	21	91,30
Offen	1	4,35
Nein	1	4,35
	n =23	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 21 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 1 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. der Patient wurde am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befindet sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren), während bei 1 Patienten keine Pflegeanamnese erfasst ist.

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	15	71,42
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	3	14,29
Später (nach dem 2. Pflegetag)	3	14,29
	n =21	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	1	4,76
Schüler	20	95,24
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =21	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	1	4,76
Kurzinformation/Schüler	19	90,48
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	1	4,76
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 21	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 21 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 15 „am Aufnahmetag“ des Patienten, 3 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ und 3 „später (nach dem 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 21 Pflegeanamnesen werden zu 4,76% von DGKP und zu 95,24% von Schülern erfasst.

Dabei wählt die DGKP die „Kurzinformation“, während sich Schüler 19x für die „Kurzinformation“ und 1x für die „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Ropter et al.“ entscheiden.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	6	33,33
Nein	12	66,67
	n =18	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	6	100,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	0	0,00
	n =6	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 18 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 6 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 12 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 6 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 100% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“.

Normalpflegestation: HNO C 1.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 22

Verfügbare Population: 19 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 9)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	18	94,74
Offen	1	5,26
Nein	0	0,00
	n =19	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 18 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist und bei 1 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. der Patient wurde am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befindet sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren).

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	16	88,89
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	2	11,11
Später (nach dem 2. Pflegetag)	0	0,00
	n =18	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	11	61,11
Schüler	4	22,22
Pflegehilfe/sonstiges Personal	3	16,67
	n =18	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	10	55,56
Kurzinformation/Schüler	4	22,22
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	3	16,66
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	1	5,56
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 18	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu Item 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 18 dokumentierten Pflegeanamnesen werden 16 „am Aufnahmetag“ des Patienten und 2 „am Tag nach der Aufnahme (= 2. Pflegetag)“ in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 18 Pflegeanamnesen werden zu 61,11% von DGKP, zu 22,22% von Schülern und zu 16,67% von Pflegehilfen erfasst.

Dabei wählen die DGKP 10x die „Kurzinformation“ und 1x die Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“; während sich Schüler 4x und die Pflegehilfen 3x für die „Kurzinformation“ entscheiden.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	2	22,22
Nein	7	77,78
	n =9	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation	1	50,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell	1	50,00
	n =2	100,00

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 9 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass 2 Pflegeanamnesen aktualisiert sind, während bei 7 Dokumentationen keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Die 2 aktualisierten Pflegeanamnesen finden sich zu 50% in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ und zu 50% in der Form der „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“.

Normalpflegestation: Gynäkologie C 3.1 (Item 1 – 6)

Zielpopulation: 22

Verfügbare Population: 17 (Patienten ab dem 3. Pflegetag: 7)

Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	16	94,12
Offen	1	5,88
Nein	0	0,00
	n =17	100,00

Tab. 1: Auswertung zu Item 1: Wurde die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Die Ergebnisse zu Item 1 (Tabelle 1) zeigen, dass bei 16 stationären Patienten die erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert ist; bei 1 stationären Patienten bleibt die Fragestellung „offen“ (d.h. der Patient wurde am Erhebungstag bzw. am Vortag hospitalisiert und befindet sich damit noch innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens betreffend der hausinternen Regelung, nämlich, die Erhebung der Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen ab Aufnahme des Patienten durchzuführen und zu dokumentieren).

Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Am Aufnahmetag	16	100,00
Am Tag nach der Aufnahme (= 2.Pflegetag)	0	0,00
Später (nach dem 2. Pflegetag)	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 2: Auswertung zu Item 2: Wann wurde die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
DGKP	5	31,25
Schüler	11	68,75
Pflegehilfe/sonstiges Personal	0	0,00
	n =16	100,00

Tab. 3: Auswertung zu Item 3: Wer (Qualifikation des Verfassers) hat die erste erhobene Pflegeanamnese in N.Ca.Sol.® dokumentiert?

Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Kurzinformation/DGKP	5	31,25
Kurzinformation/Schüler	11	68,75
Kurzinformation/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/DGKP	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Schüler	0	0,00
Pflegeanamnese-Pflegemodell/Pflegehilfe bzw. sonstiges Personal	0	0,00
	n = 16	100,00

Tab. 4: Auswertung zu Item 4: Welche Dokumentationsform wurde bei der ersten erhobenen Pflegeanamnese („Kurzinformation“ oder „Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.“) vom Verfasser gewählt?

Die Datenauswertungen zu den Items 2, 3 und 4 (Tabellen 2, 3 und 4) zeigen folgende Ergebnisse:

Von den 16 dokumentierten Pflegeanamnesen werden alle (100%) „am Aufnahmetag“ des Patienten in N.Ca.Sol.® festgehalten.

Die 16 Pflegeanamnesen werden zu 31,25% von DGKP und zu 68,75% von Schülern ausschließlich in der Dokumentation „Kurzinformation“ erfasst.

Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?		
Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Ja	0	0,00
Nein	7	100,00
	n =7	100,00

Tab. 5: Auswertung zu Item 5: Wurde die Pflegeanamnese (beide Dokumentationsformen) bei Patienten ab dem 3. Pflegetag aktualisiert?

Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?
Zu dieser Frage gibt es keine Angaben, da zu 100% keine Aktualisierung der Pflegeanamnese stattgefunden hat.

Tab. 6: Auswertung zu Item 6: Wenn ja, in welcher Dokumentationsform wurde aktualisiert?

Items 5 und 6 (Tabellen 5 und 6) zeigen folgende Ergebnisse:

Die Analyse der rechnergestützten Pflegedokumentation von 7 stationären Patienten (sie sind bereits 3 Pflegetage und länger hospitalisiert) zeigt, dass bei allen Dokumentationen (100%) keine Aktualisierung der Pflegeanamnese festzustellen ist.

Anhang 6

Zusammenfassende Protokolle der vier Gruppeninterviews mit Experten

Im folgenden Anhang werden die zusammenfassenden Protokolle der vier Gruppeninterviews (Interview A – D) dargestellt.

Aus Anonymitätsgründen wird einerseits die männliche Form gewählt und andererseits auf die Angabe des stationsspezifischen Prozentwertes bzw. auf stationsspezifische Angaben verzichtet.

Beispielzitate – also wörtliche Zitate der Experten – werden im Text in Anführungszeichen und in kursiver Schriftart hervorgehoben.

Sämtliche allgemein gehaltene Formulierungen in den zusammenfassenden Protokollen sind Wiedergaben der Expertenmeinungen und nicht Reflexionen der Interviewerin.

Zusammenfassendes Protokoll – Interview A

Das Gruppeninterview mit den Experten aus dem konservativen Fachbereich wurde am 12. November 2007 in der Zeit von 14:00 bis 15:30 im Verwaltungstrakt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder durchgeführt.

Die Experten setzten sich aus dem Stationsleiter-Stellvertreter (STLV), dem Praxisanleiter (PA) und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) aus dem Stationsteam zusammen.

Zwei Experten arbeiten mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® seit der Einführung im Krankenhaus (2002), ein Experte seit Dienstantritt im November 2002. Im informellen Gespräch wurde über die schwierige Einführungsphase des N.Ca.Sol.® bzw. über die ersten Arbeitswochen mit dem rechnergestützten Pflegedokumentationssystem reflektiert. Die Stärken einer EDV-gestützten Dokumentation (Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit), das nötige Bewusstsein in der Anwendung der Dokumentationsschritte sowie die Wichtigkeit eines kompakten Schulungskonzepts (2-3 Wochen nach Arbeitsantritt und 6 Monate später) wurden von allen Experten hervorgehoben.

Verlauf des Interviews

Das Eintreffen aller Personen war von einer positiven Begegnung geprägt. Zwei Experten, die sich aus dem Tagdienst ausklinkten, vermittelten trotz Betriebsamkeit auf der Station die nötige Ruhe und die Gesprächsbereitschaft für das Interview. Die zentral gesteuerte Klimaanlage verursachte am Beginn einen unangenehmen Lärmpegel, der die Interviewsituation jedoch nur kurzzeitig beeinträchtigte. Die Gesprächssituation war durchgehend sehr positiv; die Interviewpartner zeigten ein natürliches, offenes und authentes Verhalten und streckenweise gestaltete sich ein reger Austausch mit unterschiedlichen Positionen zu den Sachverhalten. Das nonverbale Verhalten zeigte Übereinstimmung mit den verbalen Äußerungen der Interviewpartner.

Der Wunsch zur Einsichtnahme in das zusammengefasste Protokoll wurde von allen drei Experten ausgesprochen.

Gesamtdauer der Tonbandaufnahme: 00:55:14

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

Alle drei Experten sind der festen Meinung, dass die Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme des Patienten durchzuführen ist. Laut den Experten wird die Pflegeanamnese am Tag der Aufnahme des Patienten erhoben; lediglich eine Ausnahme ist, dass die Pflegeanamnese mit dem Patienten nicht erhoben werden kann bzw. die Angehörigen nicht anwesend sind, um eine Fremdanamnese durchführen zu können. In diesem Fall werden lt. Expertenaussagen die Beobachtungen am Patienten dokumentiert und gegebenenfalls später durch die Befragung der Angehörigen bzw. durch eingeholte Informationen der Heimhilfe ergänzt. Die Information, dass die Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden zu erheben ist, wird mündlich im Rahmen der Einführung neuer Mitarbeiter weitergegeben.

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu …% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

Im Zuge der Fragestellung gibt die Interviewerin die hausinterne Regelung bekannt.

Zwei Experten (STLV und DGKP) sind über die fehlenden Prozente auf 100 sehr überrascht, denn sie versichern, dass die Mitarbeiter des Teams noch am selben Tag zumindest Teile der Pflegeanamnese dokumentieren, nämlich die Art der Aufnahme des Patienten und seine Orientierung. Als möglicher Grund für das Fehlen einer Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten wird die Übernahme des Patienten (ohne erhobene Pflegeanamnese) von einer anderen Station genannt (PA). Sollte es aus Zeitgründen oder wegen einer Fremdanamnese nicht möglich sein, eine Pflegeanamnese innerhalb von 2 Tagen zu erheben, dann wird dies mündlich an das nächste Dienst habende Team weitergegeben. Die Pflegeplanung wird dadurch jedoch grundsätzlich nicht nach hinten verschoben. Einige Teammitglieder halten die Beobachtungen am Patienten nicht in der Dokumentationsform „Kurzinformation“ fest, sondern legen sofort die notwendige Pflegeplanung an und erstellen die Pflegeanamnese in Anwesenheit der Angehörigen an den folgenden Tagen. Eine andere Vorgehensweise ist, dass die aktuellen Daten in der Kurzinformation festgehalten werden und dass zu einem späteren Zeitpunkt die Pflegeanamnese adaptiert wird. Der Ist-Zustand des Patienten wird durch ein zusätzliches Einschätzungsinstrument festgehalten. Die am Haus gegebene Personalsituation als Grund für eine verspätete Erhebung der Pflegeanamnese wird von allen drei Experten verneint.

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

Alle drei Experten sprechen sich klar dafür aus, dass eine diesbezügliche Regelung sinnvoll ist; eine individuelle Vorgehensweise der Teammitglieder wird seitens der Experten abgelehnt. Die Übersicht am Stationsmonitor des N.Ca.Sol.® – Kürzel: „AN, KI“ vorhanden ja/nein – wird begrüßt, dennoch wäre lt. STLV eine zusätzliche Erinnerungsfunktion hilfreich. Lt. Praxisanleiter wird das Reitersystem an der medizinischen Dokumentationsmappe als Erinnerung für eine ausständige Pflegeanamnese (Pflegereiter) genützt. In Einzelfällen wird bei Übernahmen mit der Aufnahmestation des Patienten Kontakt aufgenommen, um die fehlende Pflegeanamnese anzusprechen (PA); teilweise wird auf diesen unangenehmen, kontrollierenden Akt verzichtet (STLV). Bei Nichtvorhandensein einer Pflegeanamnese wird der momentane Ist-Zustand des Patienten erhoben. Die Notwendigkeit, neue Mitarbeiter schriftlich von der Regelung in Kenntnis zu setzen, wird von allen drei Experten nicht gesehen.

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

Nach Aussage des Praxisanleiters dürfen Schüler erst ab dem 2. Ausbildungsjahr die Pflegeanamnese erheben. *„Mir ist wichtig, dass ich das erste Mal dabei bin“* (PA). Schüler, die bereits Praktika im konservativen Bereich absolviert haben, können schon an den ersten Praktikumstagen eine Pflegeanamnese auf der Station erheben; im Anschluss daran wird in jedem Fall kontrolliert (PA). Auch der STL-Vertreter gibt zur Auskunft, dass er nach Möglichkeit beim Erheben der ersten Pflegeanamnese auf der Station mit dem Schüler mitgeht; dabei ist der Schüler „Akteur“ und er „Beobachter“. Wird die Pflegeanamnese vom Schüler alleine durchgeführt, so wird diese gemeinsam mit dem STLV nachbesprochen. Auch die DGKP wählt diese Vorgehensweise. Hat der Schüler noch nie eine Pflegeanamnese erhoben bzw. ist er sich unsicher, so geht die DGKP mit. Hat der Schüler schon mehrere Male eine Pflegeanamnese durchgeführt, so wird sie von ihm alleine erhoben und anschließend durchbesprochen. Bei pflegeaufwändigen Patienten – bei denen die Pfleganamnese sehr umfangreich und komplex sein wird (Versorgung zu Hause, notwendige Fremdanamnese etc.) – wird die Pflegeanamnese entweder gemeinsam mit dem Schüler oder alleine durch die DGKP erhoben. Bei „schwierigen“ Patienten und beim zusätzlichen Faktor „Hautstatus“ wird die Pflegeanamnese durch die DGKP durchgeführt (STLV, PA).

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass …% der dokumentierten Pflegeanamnesen von den Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

Als im Rahmen der Fragestellung der Prozentsatz genannt wird, zeigt sich bei den Experten eine gewisse Spannung. *„Es ist nicht die Hälfte und nicht mehr als die Hälfte – daher angemessen“* (STLV). Der Praxisanleiter gibt als Einwand, *„Es kommt darauf an, welche Schüler da sind“* (PA). Die Schüler des 3. Ausbildungsjahres haben die Aufgabe, eine Patientengruppe zu übernehmen und dabei jeden einzelnen Patienten zu erfassen, um sich einen Gesamtüberblick über seinen Gesundheits- und Krankheitszustand zu verschaffen; dafür eignet sich lt. Praxisanleiter das Erheben der Pflegeanamnese gut. Auf die Frage, welchen Soll-Wert die Experten persönlich festlegen würden, werden 30-40% - max. 45% genannt. Ein Wert von 50% wird entschieden abgelehnt.

IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

Die Experten betonen nochmals die Nachbesprechung mit dem Schüler. *„Ich lasse mir nicht die Pflegeanamnese von den Schülern machen und damit hat sich`s“* (DGKP). Die DGKP unterstreicht, dass sie in den Prozess sehr wohl involviert ist und in bestimmten Fällen gemeinsam mit dem Schüler zum Patienten geht (siehe oben). Die Experten berichten über Vorgespräche mit dem Schüler (Gespräch vor der Erhebung einer Pflegeanamnese) – es werden Beispiele genannt, wie: „Wie erheben Sie? Wie stellen Sie die Fragen betreffend der religiösen Bedürfnisse?“ Über die Art und Weise der Fragestellung wird der Schüler sorgsam vorbereitet. Lt. Praxisanleiter sollten so genannte „Muss-Felder“ (Felder, die unbedingt auszufüllen sind) ausgewiesen werden. Eine Vereinbarung zwischen Schüler und DGKP ist, dass nach eventuellem Nachtrag (z.B. DGKP geht mit dem Schüler zum Patienten und ergänzt) die Pflegeanamnese mit dem Code des Schülers abgespeichert wird. Dadurch, dass sich die DGKP im Rahmen der Patientenaufnahme einen Ersteindruck verschafft, kann die vom Schüler selbst erstellte Pflegeanamnese durch die DGKP besser eingeschätzt und eingestuft werden. Die Tatsache, dass der Schüler mit einer DGKP in einer Pflegegruppe arbeitet, wird als wesentlicher Faktor für die Absicherung hinsichtlich Delegation gesehen. Die Bestätigung, mit dem DGKP-Code eine eigenständig erstellte Pflegeanamnese vom Schüler zu vidieren, wird von allen Experten als nicht notwendig erachtet. In meiner Funktion als Pflegelehrerin wird rückgefragt, in welcher Form die Pfleganamnese in der Theorie besprochen wird – dazu werden von der Interviewerin Informationen gegeben. Die Experten merken an, dass von Schülern zum Großteil sehr ausführliche Pflegeanamnesen erstellt werden.

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

Auf diese Frage folgt eine längere Nachdenkpause mit der anschließenden Bitte um Klärung der Fragestellung. Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al. (wird in weiterer Folge als „lange Version" bezeichnet) ist länger und zeitaufwändiger und kommt daher nur in Ausnahmefällen in Frage. *„Man benötigt viele Ressourcen um die lange Version durchzugehen [….] und auch in der Pflege gilt: in der Kürze liegt die Würze"* (PA). *„Den langen Weg kann man gar nicht geh`n – ich wäre nicht auf diese Idee gekommen"* (STLV). Dazu wird angemerkt, dass es auch nicht notwendig ist, die lange Version mit den einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens zu verwenden, sondern lediglich in Fällen, in denen Problembereiche vorliegen und bei denen darauf aufbauend die Pflegeplanung erstellt wird. *„Wir haben die Pflegeanamnese noch nie so gemacht – [….] es geht da ja in die Planungsphase hinein!"* (PA). Als Grund wird dafür angegeben, dass die Kurzinformation als Kurzdatensatz zeitökonomischer ist und für den allgemeinen Bedarf vollkommen ausreicht. Im Feld „Bemerkungen" kann alles Zusätzliche und Wichtige noch vermerkt werden.

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

„Wenn die Pflegepfade nicht zutreffen, die wir benutzen, dann hätte man mit der längeren Version einen Vorteil, weil ich dann die Hypothese habe und mit der arbeite ich dann weiter" (STLV). Zu diesem Thema wird angemerkt, dass durch die langjährige Praxiserfahrung der Diplompflegepersonen ein entsprechendes Augenmerk auf gezielte Fragen gelegt wird und dann die Kurzinformation völlig ausreicht; man weiß, *„was man fragt, um nichts zu übersehen".* An dieser Stelle wird nochmals erwähnt, dass bei Besonderheiten auf die eine oder andere Lebensaktivität (z.B. Essen und Trinken) zurückgegriffen wird um dann eine adäquate Pflegeplanung erstellen zu können.

Von einer rechnergestützten Pflegeanamnese erwarten sich die Experten eine bessere Nachvollziehbarkeit sowie eine Verknüpfung mit den Pflegediagnosen nach NANDA. Bei Veränderung des Gesundheitszustandes wird diese im medizinischen Teil oder im Pflegebericht dokumentiert und in der Pflegeplanung entsprechend berücksichtigt. Abschließend wird von den Experten nochmals betont, dass die Kurzinformation im Zusammenhang mit dem stationsspezifischen Einschätzungsinstrument ein umfassendes Bild ihrer Patienten auf der Station liefert.

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Die Experten sprechen sich dafür aus, dass beide Formen weiterhin angeboten werden sollen, damit eine Kombination (primäre Erhebung der Daten über die Kurzinformation und bei aufwändiger Pflegeplanung den Weg über die Lebensaktivitäten – Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nach Roper et al.) vorgenommen werden kann. Zur Dokumentationsform „Kurzinformation“ werden Schwachstellen genannt und für eine Adaptation Vorschläge unterbreitet, wie z.B. die Installierung eines Textfeldes zum Thema: „Versorgung zu Hause“ oder „Soziale Dienste“ – dies würde die Entlassungsplanung erheblich erleichtern; weiters wird das Thema „Haut“ in der bisherigen Kurzinformation vermisst. Ein weiterer Vorschlag ist, einen button mit „Stationsgegebenheiten“ einzurichten, damit die stationsspezifischen Informationen im Rahmen der Pflegeanamnese an den Patienten weitergeben werden; dazu sollte eine kleine Checkliste auf der Station angelegt werden. Auf die Frage, welche Dokumentationsform für welche Patientengruppen geeignet erscheint, wird zusammengefasst Folgendes geantwortet. Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells eignet sich für Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, z.B. demente Patienten, multimorbide Patienten mit schlechterem Allgemeinzustand; Patienten im konservativen und onkologischen Bereich, bei denen die Bedürfnisse und Ressourcen sorgsam zu erheben sind.

Zusammenfassendes Protokoll – Interview B

Das Gruppeninterview mit den Experten aus dem operativen Fachbereich wurde am 26. November 2007 in der Zeit von 14:00 bis 15:30 im Seminarraum der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder durchgeführt.

Die Experten setzten sich aus dem Stationsleiter (STL), dem Praxisanleiter (PA) und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) aus dem Stationsteam zusammen.

Zwei Experten arbeiten mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® seit der Einführung im Krankenhaus (2002), ein Experte seit Dienstantritt im Herbst 2006. Im informellen Gesprächsteil wurde angemerkt, dass das Interview Anlass gegeben hat, über die Thematik wieder nachzudenken. Im Besonderen wurde hervorgehoben, dass die Dokumentation auf einer operativen Akutstation sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und daher auf ein vernünftiges Ausmaß beschränkt werden soll. Gleichzeitig wurden das „Wohlfühlen“ und die „Zufriedenheit“ der Patienten als oberste Prämisse der pflegerischen Arbeit hervorgehoben. Im Rahmen einer Reflexion ihres Dokumentationsverhaltens wurde die Einführungsphase neuer Mitarbeiter beleuchtet. Die „Testpatienten im N.Ca.Sol.®“ (hierbei handelt es sich um eine Übungsversion aller Dokumentationsschritte) bieten eine hilfreiche Unterstützung, dennoch wird eine Schulung von 2-3 Stunden in regelmäßigen Abständen sowohl für neue Mitarbeiter als auch für bereits mit dem Dokumentationssystem vertraute User für ein so genanntes update empfohlen, um gewisse Hemmungen und Unsicherheiten in der Dokumentation abzubauen.

Verlauf des Interviews

Das Interview konnte pünktlich begonnen werden und war während der gesamten Interviewzeit von einer offenen und entspannten Gesprächsatmosphäre und einer gegenseitigen Wertschätzung geprägt. Eine intensive gedankliche Auseinandersetzung seitens der Experten war für die Interviewerin spürbar. In einzelnen Themenbereichen wurden Verbindungen zu aktuellen Patientensituationen hergestellt um die persönliche Sichtweise zu untermauern. Die Experten vertraten mit klaren Statements ihre persönlichen Meinungen; bedingt durch die langjährige Berufserfahrung und kritische Auseinandersetzung mit dem Thema zeigte sich ein dominantes, jedoch konstruktives Verhalten des Praxisanleiters. Die Gesprächssituation verlief harmonisch und ohne Störfaktoren.

Der Wunsch zur Einsichtnahme in das zusammengefasste Protokoll wurde von allen drei Experten ausgesprochen.

Gesamtdauer der Tonbandaufnahme: 01:05:54

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

Zwei Experten geben zur Auskunft, dass die Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden durchzuführen ist, damit auftretende Probleme auch in dieser Zeit bearbeitet werden können (STL, PA). Die Experten betonen, dass es im operativen Akutbereich sehr wichtig ist, die Ersteinschätzung des Patienten und die damit verbundene Pflegeplanung auf der Grundlage seiner Bedürftigkeit noch im eigenen Tag- bzw. Nachtdienst vorzunehmen (DGKP, PA). Sollten sich Veränderungen am Patienten in der folgenden Nacht oder am nächsten Tag ergeben, so besteht eine Vergleichsmöglichkeit zum Aufnahmestatus des Patienten. Die DGKP merkt dazu an, dass Patienten durch die doppelte und dreifache Befragung gleicher Aufnahmedaten (Aufnahme, Ärztliche Anamnese und Pflegeanamnese) oft unangenehm berührt sind. Als Vorteil der Mehrfachbefragung wird angegeben, dass dadurch gewährleistet wird, aktuelle Daten über die Angehörigen zu bekommen.

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu …% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

Im Zuge der Fragestellung gibt die Interviewerin die hausinterne Regelung bekannt. Als möglicher Grund für das Abweichen von der Regelung wird das „Personalproblem“ bedingt durch Krankenstände und Pflegeurlaub angegeben. *„Der Patient soll gut versorgt werden, alles rundherum soll passen und dann bleibt die Pflegeanamnese hängen“* (STL). Seitens des Pflegepersonals wird großer Wert darauf gelegt, dass bei Patienten, bei denen mögliche Komplikationen bzw. Veränderungen auftreten können oder ein gewisser Grad an Pflegebedürftigkeit vorliegt, die Pflegeanamnese innerhalb des Aufnahmetages zu erheben ist. *„Mir ist sehr unangenehm, wenn bei einem pflegebedürftigen Patienten keine Pflegeanamnese gemacht wurde“* (STL). Der Wochentag spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Ein geringer Prozentsatz von fehlenden Pflegeanamnesen entfällt auf Übernahmepatienten von anderen Stationen. Aus Gründen der Fairness gegenüber dem Pflegepersonal anderer Stationen wird bei Patientenverlegungen auf das Vorhandensein einer Pflegeanamnese großer Wert von den Experten gelegt. Ein weiterer Grund für fehlende Pflegeanamnesen sind mobile Kurzzeitpatienten, die am zweiten Pflegetag wieder entlassen werden. Alle drei Experten sprechen sich dafür aus, dass die Pflegeanamnese eine wichtige Grundlage ihrer Arbeit darstellt, dennoch wird bei mobilen und nicht pflegebedürftigen Patienten in Ausnahmefällen auf die Ersterhebung der Pflegeanamnese innerhalb des Aufnahmetages verzichtet, wenn es gilt, Prioritäten zu setzen.

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

Die Sinnhaftigkeit einer diesbezüglichen Regelung wird von allen Experten deutlich unterstrichen; eine Lockerung in diesem Bereich hätte nachteilige Auswirkungen. Dass sogar zwei Tage für die Ersterhebung zur Verfügung stehen, betrachten die Experten als einen gewissen „Spielraum", der bei pflegebedürftigen Patienten jedoch nicht zu tolerieren ist. Bei Chemotherapiepatienten, die in kurzen Zeitabständen hospitalisiert werden, ist von einer stereotypen Datenerhebung Abstand zu nehmen; hier ist die Professionalität der Diplompflegeperson gefragt. Die Experten unterstreichen, dass die Erhebung der Pflegeanamnese am Aufnahmetag insofern von Bedeutung ist, als die Pflegeperson weiß, „wo der Patient steht" – dies hat grundsätzlich für pflegebedürftige wie auch für nicht pflegebedürftige Patienten zu gelten. Aus diesem Grund sind sich die drei Experten einig, dass die Regelung von zwei Tagen nicht offiziell an neue Mitarbeiter weitergegeben werden soll, sondern dass sie sich auf die ersten 24 Stunden nach der Aufnahme beschränken soll. Der neu gestaltete Stationsmonitorschirm gibt eine gute Übersicht über die vorhandenen bzw. ausständigen Pflegeanamnesen der stationären Patienten.

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

Bei Patienten, die weder eine aufwändige Pflege noch eine intensive medizinische Versorgung benötigen, wird die Pflegeanamnese mit gutem Gefühl an Schüler übertragen. Dabei ist dem Praxisanleiter wichtig, dass auch die aktuellen Daten der Angehörigen festgehalten werden; pflegebedürftige Patienten werden persönlich durch die DGKP erfasst. Bevor einem Schüler die Erhebung der Pflegeanamnese anvertraut wird, macht sich der STL ein Bild von seiner Kompetenz. Dabei werden seine Krankenbeobachtung, sein Agieren in den Pflegeinterventionen sowie seine Pflegeberichtdokumentation beurteilt. Nach Einschätzung des Schülers durch den STL werden ihm dann auch anspruchsvolle und „schwierigere" Pflegeanamnesen anvertraut und anschließend kontrolliert. Bei „schwierigen" Patienten erfolgt die Erhebung der Pflegeanamnese im Beisein einer DGKP, diese fungiert als Beobachter, während der Schüler die aktive Rolle einnimmt (STL). Der STL merkt dazu an, dass Schüler die Erhebung der Pflegeanamnese gerne wahrnehmen, das Vertrauen des Stationsteams genießen und qualitativ hochwertige Pflegeanamnesen erstellen. Die DGKP bekräftigt in diesem Zusammenhang, *„[….] ich gehe einmal mit dem Schüler sicher mit"* (DGKP). Die DGKP erinnert sich an ihre eigene Ausbildungszeit und

schätzte für sich diese Form der Begleitung sehr. Auf diese Weise bekommt die anleitende DGKP einen Einblick, wie und was der Schüler fragt; u. U. werden Ergänzungen gemeinsam vorgenommen. Der Eintrag in die rechnergestützte Pflegeanamnese erfolgt durch den Schüler selbst und wird mit seinem Schülercode auch abgespeichert.
In Zeitnot wird dieser Weg der Anleitung übersprungen und der Schüler nimmt eigenständig die Pflegeanamnese auf.

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass …% der dokumentierten Pflegeanamnesen von den Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

Der stationsspezifische Wert, der nahezu doppelt so hoch ist wie jener Soll-Wert des Hauses, wird als durchaus realistisch und angemessen eingestuft. Die Anmerkung der Experten dazu ist, dass die hohe Anzahl an Kurzzeitpatienten (mit zwei Pflegetagen) in erster Linie von Schülern erfasst wird. Der Soll-Wert des Hauses wird von den Experten nicht explizit hinterfragt.

IF 5.3 Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

Die Experten betonen, dass eine Ersteinschätzung des Patienten im Rahmen des Aufnahmeprocedere am Stützpunkt durch eine DGKP erfolgt, bevor der Patient ins Zimmer begleitet wird. Auf diese Weise kann bereits selektiert werden; das Erheben der Pflegeanamnese durch die Schüler erfolgt anschließend durch gezieltes Delegieren; nicht pflegebedürftige Patienten werden vorrangig Schülern zugeteilt. Als so genannte „Kontrollschiene“ werden Schüler mit einem wichtigen Satz konfrontiert: *„Wenn es was Wichtiges gibt, wenn etwas anders ist oder was Besonderes vorliegt, dann sage es mir“* (DGKP). Der STL liest sich die vom Schüler dokumentierten Pflegeanamnesen in jedem Fall durch und kann gedanklich eine Verbindung mit der ersten Begegnung des Patienten herstellen und Übereinstimmungen prüfen. Der Praxisanleiter betont sein Vertrauen in den Schüler; ein Durchlesen im Nachhinein wird von ihm nicht vorgenommen. Als weitere Absicherung und Rechtfertigung wird die Schüleranleitung und –begleitung durch eine zugeteilte Pflegegruppe erwähnt, in der die DGKP die Letztverantwortung für die Schüler übernimmt. Eine schriftliche Absicherung per DGKP-Code im Sinne einer Vidierung wird abgelehnt, mit der Begründung, dass von einer Erweiterung der Dokumentation Abstand zu nehmen ist. Abschließend wird das notwendige „Bauchgefühl“ seitens des anleitenden Diplompflegepersonals betreffend die Intensität in der Anleitung und Begleitung der Schüler hervorgehoben.

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells (der Begriff „lange Version" wird geprägt) nimmt viel Zeit in Anspruch, dafür wird die Genauigkeit der Daten hervorgehoben und der Prozess der Datenerhebung erfolgt bewusster. Die Struktur nach dem Pflegemodell von Roper et al. wird grundsätzlich für gut befunden, *„[….] da in den Lebensaktivitäten alles verpackt ist, dennoch Kurzinformation bitte lassen!"* (PA). Die Kurzinformation verschafft den Pflegepersonen einen guten Überblick, sie ist rascher zu erheben und deckt den Bedarf hinsichtlich Patientenklientel des operativen Fachbereiches gut ab. Auf die vier wichtigen Freitextfelder der Kurzinformation (Mobilisation, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung) wird hingewiesen, die auch vollständig und mit aussagekräftigem Text versehen sein müssen, damit die Kurzinformation tatsächlich ausreicht. Vieles an wertvollen Informationen wird auf der Station mündlich (z.B. bei der morgendlichen Dienstübergabe) an das Team weitergegeben.

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

Dass die Kurzinformation mit den NANDA-Pflegediagnosen verknüpft ist, wird verneint. Dabei wird nochmals betont, dass die vier Freitextfelder (Mobilisation, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung) wichtige Anhaltspunkte sind, um eine Pflegeplanung nach den Pflegepfaden (= standardisierte hauseigene Pflegepläne) zu erstellen. Ein Vergleich der Kurzinformation mit der Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells zeigt nach Meinung der Experten jedoch, dass bei der Kurzinformation die Ressourcen nur unzureichend erfasst werden. Im Weiteren merken die Experten dazu an, dass im pflegerischen Alltag die Ressourcen bzw. die notwendige Unterstützung der Patienten häufig mündlich übermittelt werden und als Basis für die zu erstellende Pflegeplanung gelten. *„Wir überspringen sozusagen die lange Version der Pflegeanamnese"* (DGKP).

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Alle drei Experten bejahen die Wahlmöglichkeit der beiden Dokumentationsarten für die Pflegeanamnese. Betreffend die Kurzinformation wird ein Optimierungsvorschlag gemacht: Die Freitextfelder sollten nach Möglichkeit vergrößert werden, damit ohne Scrollfunktion der gesamte, eingetragene Text lesbar wird. An dieser Stelle wird der Freiformulierung gegenüber den vorformulierten Antworten der Vorzug gegeben, mit der Begrün-

dung, dass in einigen Themenbereichen keine passenden bzw. treffenden Antwortmöglichkeiten angeboten werden, sodass zwangsläufig wieder auf Freitextfelder (Rubrik „Sonstiges“) zurückzugreifen ist. Eine standardisierte und „stupide“ Formulierung wird abgelehnt. Eine rege Diskussion der Experten entsteht in der gedanklichen Auseinandersetzung über den Einsatz der „langen Version“ der Pflegeanamnese in Verbindung mit ihren derzeitigen stationären Patienten. Dabei gehen sie in der Diskussion der Frage nach, bei welchen aktuellen Patienten ihrer Station die umfangreiche Pflegeanamnese dennoch angebracht wäre. Die unterschiedlichen Auffassungen der Experten kommen zum Tragen.

Auf die Frage, ob sie die beiden Dokumentationsformen bestimmten Patientengruppen zuordnen würden, wird in zusammengefasster Form Folgendes geantwortet: Für kleinere chirurgische Eingriffe genügt eine Kurzinformation. Pflegebedürftige Patienten, die mit der Rettung ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen sowie Gefäßpatienten oder onkologische Patienten erfordern eine umfangreiche Planung, die eine Pflegeanamnese nach dem Pflegemodell Roper et al. sinnvollerweise verlangen würde.

Zum Abschluss wird angemerkt, dass die gesamte vorliegende Dokumentation nicht das widerspiegelt, *„[….] was im Alltag doch so gut klappt“* (STL).

Zusammenfassendes Protokoll – Interview C

Das Gruppeninterview mit den Experten aus dem konservativen Fachbereich wurde am 5. Dezember 2007 in der Zeit von 14:00 bis 15:30 im Seminarraum der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder durchgeführt.

Die Experten setzten sich aus dem Stationsleiter (STL), dem Praxisanleiter (PA) und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) aus dem Stationsteam zusammen.

Mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® arbeitet ein Experte seit der Einführung im Krankenhaus (2002), ein Experte seit Dienstantritt 2003 und der dritte Experte seit 2005. Im informellen Gesprächsteil wurde über die Stärken (Genauigkeit, Benutzerfreundlichkeit) der EDV-gestützten Pflegedokumentation gesprochen und ein Verbesserungsvorschlag eingebracht, nämlich die Anzahl der Laptops nach Möglichkeit zu erhöhen. Die anfängliche Skepsis der neuen Mitarbeiter gegenüber der EDV-gestützten Pflegedokumentation konnte durch eine sorgsame Einschulungsphase in eine Art „Überzeugung" verwandelt werden. Zusammengefasst wurde betont, dass ein gut durchdachtes Schulungskonzept eine wesentliche Grundlage für eine effiziente und effektiv durchgeführte EDV-gestützte Pflegedokumentation ist. In der Selbstreflexion wurde angemerkt, dass die Experten mit ihrer Dokumentationsarbeit sehr zufrieden sind, zumal u.a. auf diesem Weg auch „PPR-Minuten" erwirtschaftet werden können, was den Vorteil einer effizienteren Personalbesetzung mit sich bringt.

Verlauf des Interviews

Das Interview konnte pünktlich begonnen werden und war während der gesamten Interviewzeit von einem korrekten, wertschätzenden und respektvollen Umgang geprägt. Die Gesprächsinhalte wurden sachlich und objektiv präsentiert. Dabei wurde das Wort untereinander an jenen Experten weitergegeben, der zur Fragestellung am kompetentesten zu antworten wusste. Die Experten nahmen eine klare Position zu den Sachverhalten ein und argumentierten analytisch, treffend und selbstsicher. Das Interview wurde von allen Beteiligten sehr ernst genommen; bedingt durch die langjährige Berufserfahrung und kritische Auseinandersetzung mit dem Thema zeigte sich ein sehr präsentes und konstruktives Verhalten des Stationsleiters. Die Gesprächssituation verlief harmonisch und ohne Störfaktoren.

Der Wunsch zur Einsichtnahme in das zusammengefasste Protokoll wurde von allen drei Experten ausgesprochen.

Gesamtdauer der Tonbandaufnahme: 01:03:20

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

Der Stationsleiter spricht von 24 Stunden ab Aufnahme des Patienten, wobei er hinterfragt, ob die Hausregelung den Mitarbeitern bekannt ist. Die beiden anwesenden Experten wissen um die Regelung und bestätigen von ihrer Seite auch die Aussage des Stationsleiters betreffend die 24 Stunden. Die Information wird an neue Mitarbeiter und Schüler mündlich weitergegeben; eine schriftliche Informationsweitergabe wird als nicht notwendig erachtet.

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu …% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

Im Zuge der Fragestellung gibt die Interviewerin die hausinterne Regelung bekannt.

In einer Rückfrage holen sich die Experten bei der Interviewerin die Bestätigung, dass es sich bei der Untersuchung um „einen Stichtag“ handelt. Als Grund für die fehlenden Prozente auf 100 wird eine Patientengruppe genannt, die nach Einschätzung der Experten auch keine Pflegeanamnese benötigt. Dabei handelt es sich um Patienten (täglich 3-4 Patientenaufnahmen), die mobil und selbständig für max. 2 Pflegetage hospitalisiert werden, um sich einer gezielten Untersuchung oder einer Intervention zu unterziehen; diese Patienten verlassen bereits am zweiten Pflegetag in der Früh das Krankenhaus. Für den restlichen hohen Prozentsatz an Patientenaufnahmen erachten die Experten die Erhebung der Pflegeanamnese in den ersten 24 Stunden als unerlässlich, da das Pflegepersonal mit den Bedürfnissen, aber auch Ressourcen jedes einzelnen Patienten ab der ersten Stunde seines Krankenhausaufenthaltes konfrontiert ist. Als weiterer Grund für das Fehlen einer Pflegeanamnese innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten wird die Übernahme des Patienten (ohne erhobene Pflegeanamnese, jedoch mit bereits vorhandener Pflegeplanung) von einer anderen Station genannt; dieser Grund trifft nur „fallweise“ zu. Lt. Expertenaussagen würde sich der erhobene Prozentwert im Fall einer Wiederholung bestätigen.

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

Alle drei Experten sprechen sich klar dafür aus, dass eine diesbezügliche Regelung sinnvoll ist. Der Praxisanleiter betont, dass der in den ersten Stunden stattfindende Beziehungsaufbau zum Patienten eine wichtige Basis für die pflegerische Arbeit darstellt. Der

Stationsleiter betrachtet den Zeitraum – bis zu 48 Stunden – als zu großzügig. Dabei wirft er die Frage in den Raum *„Was passiert davor? Nach welchem Pflegekonzept, nach welchen Ressourcen will man den Patienten versorgt haben?“* (STL). Seiner Meinung nach soll eine Ersteinschätzung des Patienten bereits innerhalb von 12 Stunden ab der Aufnahme des Patienten stattfinden, damit unmittelbar an die erhobene Pflegeanamnese die Pflegeplanung erstellt werden kann. Wird der Patient im Beisein seiner Angehörigen in das Krankenhaus eingeliefert, so werden zusätzlich mittels Fremdanamnese die pflegerisch relevanten Informationen eingeholt oder die Beobachtungen am Patienten werden vom Diplompflegepersonal in der Pflegeanamnese festgehalten; darauf aufbauend wird dann die Pflegeplanung erstellt. Eine Adaptation der Pflegeanamnese wird nach Möglichkeit an den folgenden Tagen durchgeführt. Die Übersicht betreffend vorhandener oder noch fehlender Pflegeanamnesen am Stationsmonitor wird sehr begrüßt und dient als gute Orientierung im Arbeitsalltag. Zusätzliche Unterstützungshilfen werden als nicht notwendig erachtet.

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

Die DGKP gibt zur Auskunft, dass der Schüler grundsätzlich mit dem Pflegeprozess aufgrund der Ausbildung am Haus vertraut ist. Der Schüler wird durch die anleitende diplomierte Pflegeperson auf die Erhebung einer Pflegeanamnese vorbereitet und aufgeklärt und schließlich wird die erste Pflegeanamnese gemeinsam beim Patienten erstellt. Dabei ist der Schüler „Akteur“ und die DGKP nimmt die „Beobachterrolle“ ein. *„Mir ist wichtig, dass ich das erste Mal dabei bin, unabhängig davon, in welchem Ausbildungsjahr der Schüler ist“* (DGKP). Hat der Schüler noch keine Erfahrung mit der selbständigen Erhebung einer Pflegeanamnese, so wird ihm durch die DGKP eine Pflegeanamnese vorgeführt. Der Praxisanleiter betont, dass eine vom Schüler selbständig durchgeführte Pflegeanamnese gemeinsam nachbesprochen oder zumindest nachgelesen wird. Der STL merkt dazu an, dass der Schüler je nach Ausgangssituation sorgfältig anzuleiten ist und dass ihm die stationsspezifischen Aspekte (z.B. Sozialanamnese) im Vorfeld von der anleitenden DGKP mitzuteilen sind. Lt. Expertenaussagen wird immer wieder beobachtet, dass trotz theoretischer Vermittlung und erfolgreich abgelegter Prüfung an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege gewisse Unsicherheiten bezüglich des Erstellens von Pflegeanamnesen bei Schülern vorliegen. Diese Unsicherheiten sind mittels „Zwischencheck“ im Vorfeld abzubauen; der Patient hat in jedem Fall *„[….] Kompetenz zu spüren“* (STL). Die drei Experten sind sich einig, dass die notwendige Zeit der Schüleranleitung

investiert werden muss, denn *„[….] der Schüler von heute ist der Kollege von morgen“* (STL). An dieser Stelle wird ein Verbesserungsvorschlag eingebracht, der von allen drei Experten sehr begrüßt wird: Zur Abspeicherung der erhobenen Pflegeanamnese sollte neben dem Schülercode eine Vidierfunktion durch die anleitende DGKP möglich sein.

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass …% der dokumentierten Pflegeanamnesen von den Schülern durchgeführt wurden. Was sagen sie dazu?

Der STL kommentiert die Fragestellung mit dem Hinweis, dass täglich an ihrer Station wenige Neuerstellungen, dafür mehr Adaptierungen von Pflegeanamnesen erfolgen. So betrachtet wird der ermittelte Prozentsatz als verschwindend gering eingeschätzt. Der STL merkt dazu an, dass es schwierig ist einen Prozentsatz zu benennen, der auch die abteilungsspezifischen Schwerpunkte berücksichtigt. Weiters gibt er mit der Festlegung eines Prozentwertes zu bedenken, dass *„[….] in der Praxis womöglich der Schulungseffekt verloren geht, indem das Personal dazu verleitet wird, im Sinne einer gewissen Bequemlichkeit Aufgaben zur selbständigen Durchführung an die Schüler zu delegieren“* (STL). Im abschließenden Statement des STL wird eine derartige Regelung nicht für gut befunden; die beiden anderen Experten schließen sich der Aussage an.

IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

Die stationsinterne Regelung, dass die DGKP am Ende ihrer Schicht alle Eintragungen im Pflegebericht (u.a. auch jene der Schüler) vidiert und diese damit von ihr für gut befunden und freigegeben werden, kann als rechtliche Absicherung verstanden werden. Der bereits eingebrachte Vorschlag einer Vidierfunktion in der Pflegeanamnese (siehe IF 5.1) wird an dieser Stelle im Sinne einer Absicherung durch das Diplompflegepersonal nochmals bekräftigt. Der notwendige PC-technische Aufwand einer derartigen Installierung wird als gering eingestuft und ist damit gerechtfertigt. Die Tatsache, dass Schüler einer Pflegegruppe zugeteilt werden und unter Anleitung und Aufsicht praktizieren, wird ebenso als verantwortungsvolles Vorgehen erwähnt.

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

Mit der Dokumentationsform „Kurzinformation“ werden lediglich so genannte Informationsfelder ausgefüllt; lt. STL handelt es sich dabei noch keineswegs um eine Pflegeanamnese. Erst mit der Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells werden Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen erhoben, daraus Hypothesen gebildet und im Anschluss

daran wird die Pflegeplanung erstellt. *„Mit der Pflegeanamnese setze ich den Pflegeprozess in Gang, während ich mit der Kurzinformation nichts in Gang setze [….]. Mit der Kurzinformation ist ein Blatt ausgefüllt, das die Bezeichnung Pflegeanamnese nicht verdient“* (STL).

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

Es wird nochmals bekräftigt, dass durch das In-Gang-Setzen des Pflegeprozesses die Defizite und Ressourcen des Patienten erhoben und daraus Hypothesen generiert werden; daraus resultieren die Festlegung der Pflegediagnosen, die Ziele und Zeitgrenzen sowie die Maßnahmen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt zu evaluieren sind. In der Dokumentationsform „Kurzinformation“ erfolgt keine definitive Ressourcen- und Defiziterhebung; vielmehr wird ein Status definiert, der für sich stehen bleibt. Der Praxisanleiter merkt dazu an, dass mit der gewählten Vorgehensweise (Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells) die persönliche Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess intensiver erfolgt und auf diesem Weg individueller auf den Patienten eingegangen wird; für den Leser wird die Patientensituation verständlicher und schließlich bildet der Pflegeplan die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten ab. Die Experten berichten darüber, dass häufig stationsinterne Diskussionen betreffend die Erstellung der Pflegeplanung über eine ausführliche Pflegeanamnese bzw. über die Pflegepfade (= standardisierte hauseigene Pflegepläne) geführt werden. Es wird befürchtet, dass mit dem Einsatz der Pflegepfade das Wissen um den Pflegeprozess sozusagen verschüttet wird. Gleichzeitig wird von den Experten betont, dass an ihrer Station die Pflegeplanung auch nicht zu 100% über die Pflegeanamnese erfolgt.

Von einer EDV-gestützten Pflegeanamnese erwarten sich die Experten, dass der gesamte Pflegeprozess nachvollziehbar wird und auf einer „individuellen Pflegeplanung“ beruht. Als weiterer wesentlicher Vorteil wird der Zeitgewinn angeführt. Der STL führte ein diesbezügliches Experiment durch mit dem Ergebnis, dass die Erstellung des Pflegeplanes für einen pflegeintensiven Patienten seiner Station in der handschriftlichen Dokumentation 1,5 Stunden erforderte, während die EDV-gestützte Dokumentation lediglich 20 Minuten in Anspruch nahm. Der Zeitgewinn von mehr als einer Stunde kann für die direkte Pflege positiv genützt werden. Neben der Nachvollziehbarkeit und Lesbarkeit können mit einer klar strukturierten Abfolge auch gleichzeitig die rechtlichen Aspekte abgedeckt werden.

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Der button „Kurzinformation“ ist zu eliminieren; lediglich mit einer Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells würde man hausintern einheitlich und verbindlich den rechtlichen Aspekten des Pflegeprozesses auf allen Stufen gerecht werden. Einige Vorschläge werden unterbreitet: Felder aus der Kurzinformation, wie z.B. mitgebrachte Wertgegenstände, müssten in die Dokumentationsform der Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells integriert werden; weiters sollten die optische Aufbereitung des Anamneseschirmes sowie die textreichen Felder in der Diagnostikphase in N.Ca.Sol.® userfreundlicher gestaltet werden, um Aversionen neuer Mitarbeiter zu minimieren. Mit der Elimination der „Kurzinformation“ sollte nach Meinung der Experten auch über die weitere Existenz von Pflegepfaden entschieden werden.

Das im Pflegeleitbild des Hauses verankerte Pflegemodell nach Roper et al. wird von allen drei Experten begrüßt und deckt sich mit ihrem persönlichen Pflegeverständnis.

Das Angebot mehrerer Pflegemodelle in N.Ca.Sol. ® würde für die Anwender Verwirrung stiften.

Die Frage, ob sie die beiden vorhandenen Dokumentationsformen bestimmten Patientengruppen zuordnen würden, wird damit beantwortet, dass bei Patienten, die länger als 2 Tage auf Hilfe angewiesen sind und unter Garantie ein Defizit haben, eine Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden zu erheben ist; in diesen Fällen würde die „Kurzinformation“ nicht zum Zug kommen. Bei Patienten, die kürzer als zwei Tage stationär liegen (z.B. Aufnahme aufgrund einer geplanten Untersuchung), kommt keine der beiden Dokumentationsformen zur Anwendung. *„Die Kurzinformation würden wir bei unseren Patienten nicht anwenden müssen“* (STL).

Zusammenfassendes Protokoll – Interview D

Das Gruppeninterview mit den Experten aus dem operativen Fachbereich wurde am 10. Dezember 2007 in der Zeit von 14:00 bis 15:30 im Seminarraum der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder durchgeführt.

Die Experten setzten sich aus dem Stationsleiter (STL), dem Praxisanleiter (PA) und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) aus dem Stationsteam zusammen.

Alle drei Experten arbeiten mit dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® seit der Einführung im Krankenhaus (2002). Im informellen Gesprächsteil wurden über die Vorzüge (z.B. Übersichtlichkeit, Handhabbarkeit) der rechnergestützten Dokumentation gesprochen, wobei lt. Expertenmeinung darauf zu achten ist, dass die Individualität in der Planung nicht verloren geht und man nicht den Computer „denken lässt". Zudem wird positiv erwähnt, dass die Pflegedokumentation *„nach außen professionell erscheint"* (STL). Die computertechnischen Optimierungen erfolgen regelmäßig, wodurch im Alltag einige Zeit erspart werden kann.

Verlauf des Interviews

Das einstündige Interview verlief in einer positiven, harmonischen und streckenweise heiteren Gesprächsatmosphäre. Die Interviewpartner betonten ihre Ehrlichkeit in den Aussagen; wodurch ein realistisches Bild des Alltages aufgezeigt wurde. Die Experten waren sich über weite Strecken des Gespräches einig, so dass auch eine nonverbale Zustimmung seitens der Interviewerin immer wieder registriert werden konnte. Das Gespräch verlief ohne Störfaktoren.

Der Wunsch zur Einsichtnahme in das zusammengefasste Protokoll wurde von allen drei Experten ausgesprochen.

Gesamtdauer der Tonbandaufnahme: 01:04:51

IF 3.1: Ist Ihnen die hausinterne Regelung bekannt, die besagt, in welchem Zeitraum die Pflegeanamnese zu erheben ist?

Zwei Experten (PA und DGKP) sind der festen Meinung, dass die Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten durchzuführen ist, wobei der STL angibt, dass die Pflegeanamnese innerhalb von 24 bis 48 Stunden zu erfolgen hat. Die Interviewerin bestätigt die Aussage und gibt an dieser Stelle die hausinterne Regelung bekannt. Lt. STL existiert eine diesbezügliche schriftliche Order nicht, so dass die Regelung mündlich an neue Mitarbeiter und Schüler weitergegeben wird. Die Experten sehen auch keinen Bedarf einer schriftlich festgehaltenen Regelung.

IF 3.2: Laut einer Datenerhebung im Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® wurden die Pflegeanamnesen Ihrer Station zu …% innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten dokumentiert. Welche Gründe gibt es Ihrer Meinung nach für die fehlenden Prozente auf 100%?

Als möglichen Grund für die Verzögerung gibt die DGKP das „Wochenende“ an, an dem Zeit- und Personalmangel eine Rolle spielen. Daraufhin informiert die Interviewerin, dass die Datenerhebung an einem der ersten drei Wochentage stattgefunden hat. Daraufhin wird „Zeitmangel“ einstimmig von den Experten als Grund für die Verzögerung angeführt. Lt. Expertenaussagen erlebt der operative Fachbereich einen raschen Wechsel von Aufnahmen, Operationen und Entlassungen, so dass sich dadurch u. U. die Pflegeanamnese nach hinten verschiebt. Trotz des Bewusstseins, dass die Pflegeanamnese die erste Priorität im Pflegeprozess einnimmt, wird betont, *„[….] dass die Pflegeanamnese in bestimmten Situationen die wenigste Priorität auf einer chirurgischen Abteilung hat“* (STL). Im Zuge der Aufnahme des Patienten verschafft sich die DGKP ohnedies ein Bild von ihm *„[….] und weiß, was zu tun ist, auch wenn noch keine schriftliche Pflegeanamnese vorliegt“* (DGKP). Der STL führt ergänzend dazu an, dass relevante Informationen (z.B. Diabetes, Blutdruckprobleme) umgehend eingeholt werden. Die Experten machen deutlich, dass die Prioritäten in der Fachdisziplin „Chirurgie“ anders gesetzt sind als an einer Internen Abteilung. Auf die Frage, in welchen Fällen die Pflegeanamnese nach hinten verschoben wird, geben die Experten jüngere, mobile und selbständige Patienten an. Bei Akutaufnahmen kommt es vor, dass eine Pflegeplanung ohne vorangegangener Pflegeanamnese erstellt wird. In derartigen Akutsituationen hat aus Zeitgründen die Erhebung der Pflegeanamnese keinen Platz.

IF 3.3: Erachten Sie eine Regelung bezüglich eines vorgegebenen Zeitraumes für die zu erhebende Pflegeanamnese grundsätzlich für sinnvoll oder haben Sie andere Vorschläge dazu?

Die DGKP unterstützt die vorgegebene Regelung, da ein gewisser „Anhaltspunkt“ notwendig ist. Neben der guten Übersicht am Stationsmonitorschirm über bereits vorhandene bzw. fehlende Pflegeanamnesen wird als Vorschlag das Symbol einer „roten Uhr“ gemacht, die bereits im EDV-System bei der Evaluierung eine hilfreiche Unterstützung darstellt. Der Praxisanleiter möchte dieses Symbol als eine „Erinnerung“ bzw. als einen „Richtwert“ verstanden wissen, nicht jedoch als eine „Verpflichtung“, mit der Begründung, dass im operativen Bereich in Einzelfällen individuell vorgegangen werden muss. Als Beispiel wird der vorübergehende Aufenthalt des Patienten auf der Intensivstation genannt. Von allen drei Experten wird an dieser Stelle betont, dass bei pflegebedürftigen Patienten, die u. U. von ihren Angehörigen begleitet werden, unverzüglich die Pflegeanamnese zu erheben ist. Im Anschluss daran hat die Pflegeplanung zu erfolgen. In solchen Fällen dürfte man keineswegs bis zu 3 Tagen zuwarten. Auf der Basis der Grunderkrankung des Patienten hat die DGKP die individuelle Vorgehensweise festzulegen.

IF 5.1: Das Erheben der Pflegeanamnese kann an Schüler delegiert werden. Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach gegeben sein, dass Sie diese Aufgabe an Schüler übertragen?

Die DGKP führt dazu an, dass bei nicht pflegeaufwändigen Patienten der Schüler ohne Bedenken die Pflegeanamnese erheben kann. Der Praxisanleiter schließt sich dieser Aussage an und meint, *„wenn ich mir auf den ersten Blick nichts erwarte, kann guten Gefühls der Schüler die Pflegeanamnese machen“* (PA). Dies trifft in ca. 50% der Patienten zu, die außer Schlafproblemen keine sonstigen Einschränkungen äußern. Bei Patienten, die aufgrund ihres Zustandes mit der Rettung eingeliefert werden, wird die Pflegeanamnese entweder von der DGKP alleine oder gemeinsam mit dem Schüler erhoben. Die Frage, ob ein Schüler bereits am ersten Praktikumstag an ihrer Station eine Pflegeanamnese erhebt, wird grundsätzlich bejaht. Der Praxisanleiter bekräftigt, dass eine selbständig durchgeführte Pflegeanamnese durch den Schüler ohnedies überprüft wird bzw. mit dem Schüler vereinbart wird, dass er eine kurze Rückmeldung an die DGKP zu geben hat. Der STL bespricht die Vorgehensweise mit dem Schüler. Je nach Informationsbedarf seitens des Schülers wird im Vorfeld die Pflegeanamnese am Stützpunkt mit ihm besprochen; dabei wird er auf relevante stations- bzw. fachbereichsspezifische Fragen hingewiesen. Wenn ein Schüler Unsicherheit äußert, wird die Pflegeanamnese gemeinsam erhoben oder eine PC-technische Unterstützung angeboten. Dazu wird angemerkt, dass der Schüler diese Aufgabe im Allgemeinen sehr gerne wahrnimmt und den ersten intensiven Kontakt mit dem Patienten sehr schätzt, da er häufig über den Krankenhausaufenthalt des Patienten seine Bezugsperson bleibt. Dass die Pflegeanamnese mit dem Computer zu

erheben ist, macht die Aufgabe bei den Schülern noch beliebter. Die vom Schüler erhobene Pflegeanamnese wird mit seinem Schüler-Code abgespeichert; etwaige Änderungen würde die DGKP mit dem separaten Einstieg in das N.Ca.Sol.® vornehmen, da sich Erst- und Letztverfasser identifizieren ließen.

Der Praxisanleiter bedauert, dass die Pflegehilfe nicht dazu legitimiert ist, die Pflegeanamnese zu erheben. Er betont, dass die Pflegeanamnese auf der Station hauptsächlich „Schriftverkehr" bedeutet, so dass das Erheben der Pflegeanamnese im operativen Fachbereich mit einer kleinen Einschränkung für eine bestimmte Patientengruppe *„[….] keiner besonderen Qualifikation bedarf"* (PA).

IF 5.2: Eine Datenerhebung aus dem Pflegedokumentationssystem N.Ca.Sol.® ergab, dass …% der dokumentierten Pflegeanamnese von den Schülern durchgeführt wurden. Was sagen Sie dazu?

Der STL ist über das Ergebnis (es übersteigt erheblich den Soll-Wert) sehr überrascht; die DGKP und der Praxisanleiter sind es hingegen nicht, *„[….] das kann ich mir auf jeden Fall vorstellen"* (PA). Lt. Expertenmeinung wird betont, dass zum Zeitpunkt der Erhebung Schüler des 2. und 3. Ausbildungsjahres zugeteilt waren, die die Kompetenz haben, selbständig Pflegeanamnesen durchzuführen. *„Bei vielen Schülern im Praktikum eignet sich die Pflegeanamnese als eine gute Beschäftigung"* (PA). An Tagen, mit 6-7 Neuzugänge, kann es vorkommen, dass sämtliche Pflegeanamnesen von einem Schüler, „der dies gut kann und gerne macht", erhoben werden. Als Kritik wird vom Praxisanleiter angeführt, dass ein einziger Erhebungstag nicht wirklich aussagekräftig ist; die Zuteilung und Tagesbesetzung der Schüler sind dabei entscheidend. Der STL merkt zum Prozentsatz an, dass Urlaub und Krankenstände Einfluss auf das Ergebnis des Erhebungstages im Oktober 2007 hatten. In angespannten Personalsituationen hat die sich im Tagdienst befindende DGKP die Arbeiten entsprechend zu delegieren; Pflegeanamnesen werden dann vorzugsweise von Schülern erhoben, während das Diplompflegepersonal den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wahrnimmt. Auf die Frage, welchen Prozentsatz die Experten für ihre Station als angemessen einschätzen, antwortet die DGKP mit ca. 75%. Der STL beziffert das Kontingent der von Schülern zu erstellenden Pflegeanamnesen mit ca. 80% bei mobilen Patienten und der Rest von ca. 20% entfällt auf pflegebedürftige Patienten, bei denen die Pfleganamnese vorzugsweise von einer DGKP zu erheben ist. Der STL betont sein subjektives Gefühl bei der Angabe obiger Zahlen. Der STL erwähnt den – ihm bis dato unbekannten – Prozentsatz (die Interviewerin erklärt, dass die Prozentangabe erstmalig im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit festgelegt wurde) und stellt ihn gleichzeitig in Frage. Alle drei Experten sind sich einig, dass von einem Soll-Wert Abstand

zu nehmen ist und ein Wert maximal als Richtwert gelten kann. Der Prozentsatz muss entsprechend den Fachbereichen bestimmt werden, wobei unterschiedliche Werte an einem Haus wiederum zu hinterfragen sind.

IF 5.3: Sie delegieren die Pflegeanamnese an einen Schüler. Wie rechtfertigen bzw. verantworten Sie Ihr Delegationsverhalten gegenüber der Pflegedirektion?

Im Zusammenhang mit der Fragestellung wird vom Praxisanleiter angemerkt, dass die Kurzinformation bzw. Pflegeanamnese nicht als Maßstab für die Pflegequalität gelten kann, sondern dass die Versorgung eines frischoperierten Patienten oder eines Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand an erster Stelle zu stehen hat. Dadurch, dass die DGKP im Rahmen der Aufnahme des Patienten eine Einschätzung (wenn auch mündlich auf dem Weg ins Krankenzimmer) vornimmt, kann die vom Schüler erhobene Pflegeanamnese von ihr leichter beurteilt werden. An dieser Stelle wird von den Experten nochmals betont, dass die Pflegeanamnese auf einer chirurgischen Abteilung nicht den Stellenwert hat wie in anderen Fachdisziplinen. Die Vermutung der Interviewerin liegt nahe, dass aus diesem Grund auf die Fragestellung nur marginal eingegangen wird. Betreffend Wünsche und Vorschläge an das Haus wird nochmals der Soll-Wert von allen Experten (siehe IF 5.2) hinterfragt, der ganz wesentlich von der Fachabteilung abhängt.

IF 7.1: Wenn Sie die Kurzinformation und die Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells gegenüberstellen, ergeben sich Ihrer Meinung nach welche Unterscheidungsmerkmale?

Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells (es wird der Begriff der „richtigen Pflegeanamnese“ geprägt) ist lt. STL individueller und der daraus resultierende Pflegeplan geht mit der Pflegeanamnese in den Problembereichen völlig konform. Die Kurzinformation, die zu 100% auf der Station zum Einsatz kommt, verschafft einen groben Überblick über den Zustand des Patienten. Die postoperative Pflegeplanung ist das Resultat der vorangegangenen Operation und völlig losgelöst von der Kurzinformation. Damit wird deutlich gemacht, dass der Patient zum Zeitpunkt der Kurzinformation mobil und selbständig ist, wie dies in der präoperativen Phase zum Großteil zutrifft. In der postoperativen Phase hat der gleiche Patient eine umfangreiche Pflegeplanung mit bis zu 7 Punkten. Dass die Kurzinformation den Bedarf der Ersteinschätzung des Patienten ausreichend abdeckt, wird von den Experten nochmals hervorgehoben.

IF 7.2: Hat Ihrer Meinung nach die Entscheidung für eine bestimmte Art der Pflegeanamnese (Kurzinformation/Pflegeanamnese auf der Grundlage eines Pflegemodells) Auswirkungen auf die weitere Pflegeprozessdokumentation?

Die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells führt zu den Pflegediagnosen nach NANDA, hingegen *„[….] bei der Kurzinformation ist der Weg zu Ende“* (STL). Die Verknüpfung der Pflegeanamnese mit den Pflegediagnosen wird rein theoretisch als Erleichterung in der Dokumentation gesehen, ebenso die Verwendung einer einheitlichen Pflegefachsprache, in der auch Mitarbeiter mit nicht deutscher Muttersprache eine große Unterstützung erfahren. Auf diese Weise erscheint die Dokumentation professionell und unterstützt die Informationsweitergabe bei Transferierungen. Die DGKP hebt an dieser Stelle die „Rechtsbeständigkeit“ hervor. Die Zwischenfrage, weswegen trotz der genannten Vorzüge die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells nicht eingesetzt wird, wird mit dem Weg des Patienten – von der Selbständigkeit über die kurzzeitige Abhängigkeit bis zu Wiedererlangung der Selbständigkeit – beantwortet. Die täglich notwendige Adaptierung der Pflegeanamnese würde den Zeitaufwand gegenüber dem Patienten nicht rechtfertigen. Auch bei pflegebedürftigen Patienten ihrer Station sehen die Experten die Kurzinformation als völlig ausreichend.

IF 7.3: Begrüßen Sie die Möglichkeit, zwei Arten von Pflegeanamnesen zur Auswahl zu haben und begründen Sie Ihre Meinung?

Für den unmittelbaren Stationsbedarf genügt die Dokumentationsform der „Kurzinformation“. Da die Pflegeanamnese auf der Grundlage des Pflegemodells zu ausführlich erscheint, empfehlen die Experten eine Kombination beider Dokumentationsformen im Sinne einer *„ausführlicheren Kurzinformation mit einer verknüpften Version zu den Pflegediagnosen“* (STL, PA und DGKP). Sollte sich die neue Version als geeignet für ihre stationären Patienten erweisen, würden sie diese im Sinne einer Verbesserung einsetzen. Mit der Kombination der bisherigen Dokumentationsformen erübrigt sich lt. Experten die Überlegung betreffend Patientengruppen und geeigneter Dokumentationsform.

Anhang 7

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Hall in Tirol, im Juni 2008

_____

Margareta Jukic-Puntigam MAS